



Intervenção Clínica no Trauma: Implicações Terapêuticas

Rui Aragão Oliveira¹

Resumo

O tratamento psicanalítico é habitualmente referido como indicação terapêutica para situações de trauma com perturbações graves do processo de pensamento. Neste artigo procuramos sintetizar o conhecimento da expressão clínica de acontecimentos traumáticos, realçando as principais implicações terapêuticas na atualidade, à luz da psicanálise, e apresentar as principais linhas de carácter clínico no âmbito da escola psicanalítica associadas às problemáticas do trauma psíquico.

Palavras-chave

Trauma, intervenção clínica no trauma, trauma extremo.

A conceptualização do trauma esteve, desde sempre, na origem da definição do objecto de estudo da teoria psicanalítica. Também os cuidados daqueles que realizaram as primeiras intervenções terapêuticas assumiram o trauma como problemática central (Levine, 2014): quer aqueles que utilizavam o *setting* psicanalítico clássico, quer aqueles outros que trabalhavam no âmbito de outro tipo de ações mais vastas e ambiciosas no que diz respeito à acção terapêutica em saúde mental.

Neste artigo procuramos sintetizar o conhecimento da expressão clínica de acontecimentos traumáticos, realçando as principais implicações terapêuticas à luz da psicanálise contemporânea, e apresentar as principais linhas de carácter clíni-

co no âmbito da escola psicanalítica associadas às problemáticas do traumatismo.

De forma genérica, a abordagem da psicanálise em relação ao trauma psíquico deu um contributo determinante para a definição evolutiva de um progressivo distanciamento relativamente ao conceito médico tradicional associado a este tema (Bohleber, 2021). Na circunstância médica, e no senso comum, o trauma corresponde a uma brusca disrupção no equilíbrio homeostático do sistema somatopsíquico, por introdução de um acontecimento identificável (e que pode ter uma abrangência considerável na sua expressão, desde visualizar e/ou ouvir uma circunstância inesperada, até sentir intensa e massivamente uma espécie de “choque” em diferentes órgãos ou tecidos do corpo).

Na psicanálise o conceito fundamenta-se necessariamente no funcionamento dos processos inconscientes, introduzindo diferenciações muito significativas de elevado impacto conceptual e terapêutico.

Num primeiro momento, e não fosse ele mesmo um jovem médico, Freud compreendeu

¹ Presidente da Comissão de Ensino e Psicanalista Titular com funções didáticas da Sociedade Portuguesa de Psicanálise. E-mail: raragao20@gmail.com

© do Autor 2022. Publicado online em <https://rpppsicanalise.org>, sob a Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. Seguindo a exigência da preservação do anonimato dos pacientes e da confidencialidade, o material clínico é apresentado com alteração da identidade do paciente e de dados clínicos.

a importância do trauma no tratamento dos seus pacientes neuróticos, em que destacou o impacto de uma superestimulação para a débil capacidade psíquica da criança (Freud, 1887-1894; 1895, 1896). No entanto, através da sua autoanálise e com a evolução da investigação clínica psicanalítica, ele rapidamente se apercebeu de que as “memórias” regularmente produzidas pelos seus pacientes nem sempre correspondiam à realidade histórica. Desta forma, compreendeu que estas “memórias” representavam transformações, maioritariamente criadas e organizadas de forma inconsciente, e que se produziam retrospectivamente. Tal parece, de facto, suceder num determinado tipo de pacientes que Freud recebia em tratamento psicanalítico num momento inicial desta nova abordagem.

Mais tarde, com o afastamento da “teoria da sedução”, Freud altera a concepção de que nos pacientes neuróticos a doença era invariavelmente provocada por experiências traumáticas da infância. E, de um modo extraordinário, acaba por explorar exaustivamente o significado da fantasia inconsciente. De certa forma, este movimento genial em direção ao mundo interno pode ser pensado como um verdadeiro ponto de partida para o desenvolvimento da teoria psicanalítica.

No entanto, Freud nunca descartou o significado patogénico de fatores externos. A introdução da “repetição à compulsão” (Freud 1914) e a reelaboração da sua teoria da pulsão (Freud 1920), retoma o tema das experiências traumáticas. Concebeu-as como um excesso de estímulos, capaz de quebrar um escudo psíquico protetor, que ele considerava essencial para a manutenção do equilíbrio psíquico. Como esses estímulos não são absorvíveis pela psique imatura do sujeito, a sua carga afetiva fica retida numa espécie de ciclos repetitivos, associados à compulsão à repetição, e que Freud assume estarem “além do princípio do prazer” (1920).

Resulta assim que o elemento traumático fica colocado essencialmente na fantasia e na realidade interna como protagonistas dominantes do efeito patogénico, diferenciando-se consideravelmente da ocorrência externa (Levine,

2014; 2021; Bohleber, 2021). Evidentemente que existem acontecimentos externos que, pela sua disrupção e violência, pela ocorrência inesperada e pela extensão dos efeitos se tornam, de facto, traumáticos no mundo interno da generalidade da população, favorecendo enormemente processos de natureza mental, que de seguida iremos descrever de forma compreensiva. Penso que será correto afirmar que algumas dessas ocorrências contêm um elevado potencial traumatizante - o exemplo da experiência de guerra, o envolvimento num atentado, ou a participação num acidente que envolve situações de morte, são exemplos habituais, comprovados em estudos clínicos e, simultaneamente, empíricos (Ferrajão, 2016).

No entanto, nesta circunstância conceptual, é importante clarificar que se um evento ou situação tem, ou não, um efeito traumático depende, no essencial, da qualidade da vivência do sujeito que contêm e contextualiza esse mesmo acontecimento, e que liga o sujeito à representação interna dessa circunstância. O acontecimento não vale apenas só por si. E por isso, um mesmo episódio ou incidente pode ser profundamente traumático e desorganizador para um sujeito, enquanto, para o companheiro do lado, pode ser experienciado com uma qualidade e intensidade bem diferentes.

A vivência traumática, em termos psíquicos, implica uma excitação excessiva, para a qual o sujeito sente que não dispõe dos meios adequados para definir, nomear, processar, transformar, elaborar ou escoar psiquicamente. A sua resolução implica habitualmente uma urgência de experiência intensa, com características manifestas algo desorganizadas e descontroladas na sua expressão mental e/ou sensitivo-motora.

Esta conceptualização aumenta a diversidade e complexidade das situações ditas traumáticas, que correspondem a uma disrupção de organização psíquica, nem sempre de ordem consciente, identificável, compreendida e comunicável pelo próprio sujeito.

Sucedem, por exemplo, que no decorrer do trabalho analítico ou psicoterapêutico o sujeito e o analista podem confrontar-se inesperadamente com vivências traumáticas disruptivas e pertur-

badoras, e que até então permaneciam no plano inconsciente (Bohleber, 2016, 2021).

Neste sentido, aquando da vivência traumática não estamos somente perante um distúrbio da economia psíquica ou uma alteração do equilíbrio dinâmico, mas antes de circunstâncias que afetam a integridade e a coesão do ego, geram elevados níveis de ansiedade e são acompanhadas de um sentimento de estar profundamente indefeso, sem ajuda possível, sob o impacto de um esmagador sentimento de impotência e de um desamparo tremendo (Alayarian, 2011; Akhtar, 2014).

Na ocorrência do trauma o sujeito perde confiança no que diz respeito aos seus próprios conteúdos do mundo interno: não entende o que sente e tem um pensamento confuso e inseguro, com um sentimento de incapacidade para pensar sobre si mesmo. Pode mesmo experienciar um sentimento de empobrecimento da mente (Varvin, 2003, Bohleber, 2016) e uma vivência de fragilidade, que o sensibilizam a ficar “colonizado pela mente de um terceiro” de forma inconsciente, i.e., numa intensa demanda de amparo. Nestas circunstâncias pode aderir com facilidade a alguém que se apresente seguro, confiante e a quem reconheça autoridade, com o preço elevado de uma parte de si mesmo ficar inconscientemente identificada ao “cuidador/agressor/abusador”, numa complexidade de fenómenos mentais que Ferenczi genialmente clarificou.

No célebre texto “Confusing of tongues”, Sandor Férènczi (1933) diferenciou a situação traumática em termos intrapsíquicos como caracterizando-a em dois tempos: um primeiro tempo associado aos movimentos passionais do adulto, que faz uso de uma linguagem diferente, favorecendo uma hiperestimulação ou hipostimulação, no qual a “criança psíquica” não é reconhecida. Num segundo momento, sucede algo patognomónico da vivência traumática, e que se relaciona com o desmentido do sofrimento causado, que impede o sujeito de tomar consciência da perturbação.

A vivência interna não fica somente circunscrita a uma falência da representação de um bom objecto interno. Implica igualmente o colapsar

da constituição de um objecto interno capaz de manter uma função protetora, o que origina a inevitabilidade de um sentimento de profunda insegurança, de enorme intranquilidade e de ansiedade extrema.

O sujeito confronta-se com a vivência interna de que algo ou alguém falhou ao executar o que seria expectável, ou suposto (e que transmitiria um sentimento de proteção e de segurança); ou então que fez algo que não era suposto fazer, promovendo uma circunstância que o aproxima do “terror sem nome” (Varvin, 2003). E que se manifesta numa subida extrema, descontrolada e incompreensível dos níveis de ansiedade, que, quando assume um carácter repetitivo, com sintomatologia evidente (expressa em sentimentos ou comportamentos) poderá ter também um fim comunicacional, já que pode ser compreendida como um primeiro processo de procura de elaboração e de resolução possível da situação traumática por parte do sujeito.

Desta forma, o principal efeito traumático será um estado intenso de desproteção, de desamparo, em que o sujeito se sente indefeso e incapaz de pensar sobre si mesmo. Um estado a que se associa um afeto doloroso desproporcional e de extrema ansiedade.

No plano manifesto, consciente e que é relativamente acessível ao processo de avaliação, encontramos níveis diferenciados da expressão sintomática da vivência traumática, a saber (Alayarian, 2011):

- 1) Ao nível físico: distúrbios alimentares e de sono, disfunção sexual, baixa energia e dores somáticas, hipervigilância, nervosismo,
- 2) Ao nível emocional: depressão, choro espontâneo, desespero e desesperança, ansiedade extrema, ataques de pânico eventuais, medo, funcionamentos compulsivos e/ou obsessivos, sensação de ausência de controlo, irritabilidade, desapego, sentimentos de culpa, reações de “luto”, raiva e ressentimento súbitos, medos obsessivos sobre a morte, dormência emocional, e uma dificuldade para construir e manter relacionamentos saudáveis e gratificantes,
- 3) Ao nível cognitivo: lapsos de memória inusi-

tados, dificuldade para tomar decisões, amnésia, diminuição da capacidade de concentração, evitamento de situações que lembram o evento inicial, alteração da dimensão temporal, *flashbacks* ou revivências do trauma, sensação de distração, ou de estar ausente, ou meio desorientado, em momentos de maior pressão emocional.

Como principais características do processo mental encontramos a presença de memórias traumáticas impróprias seja para a capacidade de expansão da mente, seja para realizar conexões associativas, e que, deste modo, não promovem a elaboração transformativa. Frequentemente o sujeito refugia-se num processo regressivo (Bohleber, 2021), na busca de “objecto mágico” onipotente e securizante (pode ser uma pessoa, uma instituição, uma “escola de pensamento”, ou até mesmo o processo terapêutico idealizado ou a pessoa do psicoterapeuta).

Por outro lado, o sentimento de “congelamento temporal”, em que o acontecimento traumático assume um papel atrativo dominante, não permite investimentos libidinais gratificantes tanto noutros domínios relacionais, como no domínio do mundo interno do sujeito, reforçando, desta forma, uma espécie de empobrecimento do mundo interno, que parece ficar estagnado e pouco criativo.

Do ponto de vista da dinâmica da mente inconsciente, estamos perante uma predominância de fusão Self-objecto associada às vivências traumáticas, em que a capacidade de identificar, delimitar, compreender, e de se situar e refletir sobre as diferentes representações afetivas e cognitivas fica particularmente comprometida.

Para o delinear de uma qualquer intervenção terapêutica é importante ter em conta que as áreas que denominamos traumáticas são aquelas que se constituem como pré ou protomentais, e que, deste modo, não estão em condições de serem adequadamente transformadas pelo processo de pensamento do sujeito. Ao estarem sujeitas a processos inconscientes, acabam por ser essencialmente negadas, evacuadas, somatizadas, ou agidas em *enactments* caracterológicos.

Salman Akhtar (2014), num texto brilhante-

mente construído, só aparentemente simplista, e que propõe diretrizes para a estruturação de uma qualquer intervenção terapêutica nesta área, salienta, entre os diversos aspectos a ter em conta, os seguintes:

- a pessoa do terapeuta e a necessidade de um conhecimento pessoal em profundidade, a manutenção de uma atitude de receptividade genuína, apta a lidar com o desconhecido, com o que não é compreensível e com o sentimento de desamparo desorganizador,
- a capacidade do exercício das funções de *holding* de forma prolongada e não convencional em *settings* psicoterapêuticos comuns,
- a capacidade da flexibilização da técnica, com a manutenção de uma atitude ética coerente com os objetivos terapêuticos,
- a disponibilidade e a sensibilidade para a importância de realizar a validação do impacto psíquico das vivências traumáticas.

O exercício da intervenção terapêutica no âmbito da vivência traumática pode frequentemente obrigar a processos psíquicos que habitualmente relacionamos com a elaboração dos processos de “luto” psíquico (Alayarian, 2011). Estes devem ainda ter em conta a exigência temporal a que obedecem as transformações psíquicas em geral, a fim de auxiliar o sujeito a alcançar a capacidade de retomar a libidinização do seu próprio mundo interno.

Independentemente do enquadramento do seu trabalho, isto é, quer se realize em *setting* individualizado mais tradicional em que são oferecidas as melhores condições terapêuticas, quer se concretize em intervenções de base psicanalítica em contextos que exigem flexibilidade e criatividade, o psicoterapeuta vai oferecer-se, num dado momento, como uma espécie de ego auxiliar, capaz de organizar espaços e tempos para que a ambivalência do sujeito possa emergir. No caso de uma psicoterapia de frequência elevada, deverá ser depois possível uma evolução para uma intervenção mais diferenciada do terapeuta.

A preparação analítica, no caso dos terapeutas psicanalistas, deverá permitir-lhes a difícil ta-

refa da escuta dos processos inconscientes, que remetem necessariamente às particularidades do que denominamos o “trabalho do negativo”, que foi conceptualizado por André Green (1999).

Na avaliação e tratamento de pacientes com traumatizações que apresentam fenómenos dissociativos é determinante o cuidado de estabelecer uma sensação de construção do *holding* (Alayarina, 2011; Diamond, 2020; Abram, 2021) que promova um sentimento de segurança, a fim de que o paciente possa vivenciar o seu próprio corpo, os pensamentos, os sentimentos e os relacionamentos, e obter, deste modo, uma melhor noção de si mesmo e do seu espaço psíquico e uma maior resiliência.

É fundamental dar oportunidade ao sujeito de reconstruir a sua história, atribuindo-lhe significados pensáveis, com um ritmo temporal e uma carga afetiva o mais individualizadas possível, a despeito das semelhanças que este possa identificar em outras descrições de situações do mesmo tipo. Fazer-lhe sentir que é a sua vivência particular, no seio de um mundo diverso, por vezes mais próximo outras vezes mais distante, é estarmos a auxiliá-lo na reconstrução integrativa das forças egóicas e de uma futura segurança identitária.

O que significa que, em diferentes tempos da intervenção, o terapeuta deverá optar por meios e estratégias diversas, que se devem flexibilizar, desde a simples compreensão ou postura empática, até à escuta activa ou à eventualidade de recorrer a meios explicativos e informativos (Bohleber, 2016).

Com efeito, é essencial para o indivíduo conseguir superar o momento de profunda desorganização e o sentimento de desamparo, bem como ter a oportunidade de suplantar e elaborar perdas (reais ou simbólicas) e de recuperar o sentimento de controlo da sua vida.

É igualmente importante ter em conta que o trabalho com pacientes traumatizados é difícil e frequentemente desanimador, pois deparamos com uma transformação habitualmente lenta. O paciente muitas vezes tem pouca esperança e, por longos períodos de tempo, a função de manter o otimismo e a esperança re-

cai unicamente sobre o técnico/terapeuta. O que implica que este esteja preparado para ser muito paciente com a ausência de mudanças significativas, ou mesmo com os frequentes retrocessos.

O terapeuta deve ser capaz de ultrapassar questões narcísicas, pelo que o trabalho regular de supervisão pode ser um mecanismo fundamental. Tem também o compromisso de ser capaz de organizar uma resposta emocional genuína e específica ao que é solicitado inconscientemente pelo paciente. Como tal, fica exposto a experimentar curiosidade, raiva, simpatia, tristeza, interesse erótico e excitação, ciúme, pena, desgosto, horror, amor ou simpatia, de forma intensa, fluida e inexplicável (Dalenberg, 2000).

Neste contexto, não nos parece estranho que o terapeuta se organize defensivamente, de forma inconsciente, para resistir ao acesso a informações traumáticas do paciente, suscitando receios sobre a exposição a emoções disruptivas, a impulsos primitivos e a uma eventual desorganização egóica. Suportar afetivamente este tipo de vivências requer uma maturidade elevada.

Para finalizar, gostaria de salientar a importância de intervenção em situações de traumatização extrema (Scarfone, 2017). Esta terminologia é utilizada para uma sequência especial e complexa de eventos (Varvin, 2003): designa um ou mais atos intencionais, de carácter maligno, que tenham sido desencadeados por pessoas ou organizações mais ou menos formais, com a intenção de causar danos ou produzir estados de medo, desamparo e destabilização profunda e prolongada.

Pode ser implementado em contextos de supressão ou de opressão, em estados políticos de violência extrema ou de terror dirigidos a um grupo específico, a comunidades étnicas, a movimentos políticos ou a grupos sociais.

Em alternativa, podem também ser dirigidos a uma situação pacífica, atingindo pessoas inocentes, na plenitude do seu dia a dia (como por exemplo sucedeu no 11 de Setembro de 2001 em Nova York, ou em 11 de Março de 2004 na estação da Atocha, em Madrid).

Em todas estas situações o objectivo é produzir medo numa escala alargada e profun-

damente intensa, com forte impacto, habitualmente num contexto de extrema desorganização e destruição, com o objetivo de destabilizar fortemente a rede de ligações sociais e os vínculos afetivos estabelecidos. Também fazer sentir às vítimas que se encontram abruptamente num cenário bizarro, construído por outros, por estranhos, que, por não disporem de referências ou de propósitos claros, tendem a favorecer a desorganização dos processos de pensamento.

Durante os terríveis momentos em que é exposto a vivências intoleráveis, o que o sujeito vai vivendo não pode nem ser compreendido, nem suscitar uma verdadeira resposta construtiva. Não se pode compreender, porque as capacidades mentais do sujeito estão total ou parcialmente paralisadas: fica rigidificado, física e mentalmente, e incapaz de fazer algo para se ver livre da dor, como, por exemplo, fugir ou atacar/defender, elaborar uma qualquer estratégia, incluindo o pedido urgente de auxílio ou de proteção.

Este tipo de total desamparo é vivido pelo sujeito como se tivesse sido deixado só no meio do deserto, sem o mínimo de elementos que lhe possam ser úteis para se organizar. Muitas vezes é acompanhado por um sentimento de que alguém ou algo deveria ter lá estado para prestar auxílio e apoio, mas que, inesperadamente, tal não sucedeu.

Muitas destas pessoas re-experenciam esta situação em sonhos, nos quais revivem através do processo onírico o sentimento de se sentirem expostos a grandes perigos, frequentemente com outras pessoas nas proximidades e/ou aparentemente acessíveis, mas que nada fazem para os auxiliar. Estas vivências, quando ignoradas, persistem e deixam uma marca interna sob a forma da incapacidade de confiar nas outras pessoas, ou mesmo de recuperar uma situação de confiança básica.

Quando os traumas foram causados por atos malignos de outras pessoas, encontramos frequentemente um sentimento de profunda humilhação e vergonha associado (Varvin, 2003, Rosenbaum, 2007).

Ao instalar-se um sentimento de desamparo, as funções mentais envolvidas na capa-

cidade simbólica e de raciocínio abstrato são profundamente afetadas, e estamos perante circunstâncias que dificilmente permitem ao sujeito dar significado próprio ao mundo interno (Bohleber, 2016). É frequente, em casos extremos, que a própria noção temporal que organiza o sentido histórico do sujeito possa ser afetada, por vezes mais permanentemente (e enfrentamos um discurso algo louco e confuso), mas muitas vezes apenas pontualmente. Contudo, estes estados, quer sejam mais permanentes ou pontuais, são sempre vividos com enorme ansiedade, e acompanhados do sentimento de estar a ficar louco e a perder as suas capacidades mentais, fenómeno detetável em entrevistas clínicas de profundidade (Ferrajão, 2016, 2016a).

Do ponto de vista psíquico, a experiência de trauma pode ser concebida na sua natureza como um elemento que impede o desenvolvimento maturativo. Alguns sujeitos conseguem integrar a experiência e encontrar algum ajustamento independentemente das lesões experienciadas, enquanto outros irão viver com incapacidades e problemas por muito tempo, talvez para toda a vida (Bohleber, 2016).

No entanto, para todos sem exceção o trauma nunca mais será esquecido: ficará sempre recordado como uma experiência que de alguma forma transformou a sua vida ou, pelo menos, a sua perspectiva de vida - como por exemplo as circunstâncias de pessoas com grandes incapacidades físicas adquiridas (Aragão Oliveira, 2004)). O trauma não irá somente persistir na sua memória, uma vez que também afecta a forma como o mundo é percebido, como as experiências com os outros são vividas, e como a pessoa se relaciona com os outros e constrói a relação consigo próprio.

Quando estas capacidades representacionais estão afetadas, as pessoas em redor podem ser percebidas facilmente em termos dos próprios receios projetados. Por exemplo, se o sujeito vive num estado mental em que se sente profundamente inseguro pode facilmente considerar que os outros o querem prejudicar, convencendo-se disso e agindo com esse pressuposto, e, deste modo, colocando-se quer em situações de

fuga ou de “ataque”, quer adotando uma postura estranhamente defensiva e deturpando a interpretação da realidade e das intenções dos outros. Nestas circunstâncias, os outros são compreendidos de uma forma projetiva muito concreta, o que habitualmente é acompanhado de uma enorme tensão interna e de estados de intensa ansiedade.

A intervenção psicanalítica com pessoas expostas a acontecimentos traumáticos é parcialmente fundamentada na ideia de que essa vivência desestabilizadora pode ser simbolizada, ressignificada e elaborada mentalmente, ou em alternativa, de que o efeito do encapsulamento mental da vivência traumática pode ser integrado e contribuir para um sentimento de maior coesão interna (Bohleber & Leuzinger-Bohleber, 2016).

O trauma representa a perda de um sentimento interno de proteção relacionado com a vivência humana (Abram, 2021) – o sentimento de confiança básico torna-se quase impossível, ou então é experienciado de um modo reduzido (Bohleber, 2021). Pode ser vivido como a perda de um Outro empático e protetor, capaz de dar significado e auxiliar o sujeito a pensar (o que remete a experiências regressivas e primitivas). Na pior das hipóteses, o trauma desencadeia a experiência da passagem do tempo numa vivência fragmentada que é totalmente desconectada do registo temporal biográfico.

Esta fragmentação temporal permite que emoções associadas à ansiedade, agressividade e depressividade dominem, e, em certa medida, destruam os esforços de dar sentido e de simbolizar aspectos da vida pessoal.

Os efeitos do trauma podem perdurar imenso tempo e serem bem complexos, com implicações em múltiplas áreas, mas que aqui apenas iremos sumarizar em três grandes dimensões (Varvin, 2003):

1º a relação do sujeito e do seu corpo com os outros – a retirada emocional irá diminuir a sua capacidade para se relacionar significativamente com os outros, e o sujeito apenas tira partido destas relações para modelar afetos depressivos e ansiógenos. A permanência de representações

internas de prazer, segurança e de boas qualidades encontra-se profundamente afetada;

2º a relação individual com o grupo – a retirada emocional e as dificuldades de relacionamento irão afetar o sentimento de pertença a uma família ou a um grupo, que não são representados como capazes de proporcionar segurança e suporte;

3º uma dimensão cultural – uma dimensão que concebe o indivíduo em relação com a cultura alargada, e que pode ser profundamente perturbada – isto é, a sua religião, os códigos morais, os valores éticos, as normas e as narrativas histórico-culturais.

Todas estas dimensões ganham especial preponderância, mesmo que por vezes o próprio não tem consciência desse facto.

Finalmente, os sintomas individuais e os problemas traumáticos fazem-se sentir no acompanhamento clínico:

- na vivência de intrusividade descontrolada das memórias, das imagens e dos sonhos decorrentes de cenas traumáticas;

- na conseqüente retirada emocional e no evitamento do contacto com as pessoas, circunstâncias ou ideias que promovam essa intrusividade, ou mesmo na retirada emocional interna (distanciamento emocional que pode originar processos clivados internos e a negação de partes de si próprio, que habitualmente estão associados a sentimentos de insegurança pessoal).

As experiências repetidas de intrusividade, por exemplo, com os sonhos recorrentes, podem ser entendidas como uma tentativa inconsciente de elaborar, no plano fantasmático, uma experiência dolorosa de desamparo profundo. Já a retirada emocional pode ser encarada como um método para o sujeito se proteger de memórias dolorosas (Diamond, 2020).

Penso que um aspeto essencial no trabalho clínico é a procura da sobrevivência psíquica, mesmo se o sujeito é confrontado com outros sintomas que sabemos serem comuns, mas que

dificultam a capacidade reflexiva, tais como a expressão de fortes dores corporais, sintomas psicossomáticos, ou o dependência de drogas ou de álcool (Alayarian, 2011).

O processo de recuperação consiste, então, num aspeto fundamental que podemos denominar genericamente de libidinização do mundo interno – que autoriza representações e imagens mentais de coisas prazerosas, a retenção de boas memórias, de conforto, e de ligação humana forte e intensa que podem ter lugar no mundo mental do sujeito. Podem ser traduzidas no plano físico (voltar a ter prazer e desejo sexual, ou no cuidar de si, no tratar-se bem), mas podem igualmente influenciar uma multiplicidade de aspectos da sua vida, social, profissional e cultural.

Enfim, conseguir que o sujeito se sinta entusiasmado e com vitalidade, capaz de retirar satisfação e de diminuir o sofrimento inevitável na vida, deverão ser os objetivos últimos da intervenção no domínio das vivências traumáticas. ♣

REFERÊNCIAS

- Abram, J. (2021). On Winnicott's concept of trauma. *International Journal of Psychoanalysis*, 102(4), 778-793. <https://doi.org/10.1080/00207578.2021.1932079>
- Akhtar, S. (2014). Psychoanalytic Treatment of Trauma and the Analyst's Personality. *Psychoanalytic Inquiry*, 34, 204-213. DOI: 10.1080/07351690.2014.889468
- Alayarian, Aida. (2011). *Trauma, torture, and dissociation a psychoanalytic view*. Karnac, London.
- Aragão Oliveira, R., Milliner, Eric, & Page, R. (2004). Psychotherapy with physically disabled patients. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 58(4), 430-441. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2004.58.4.430>
- Bohleber, W. (2021). Concepts of external and internal reality and their relationship to traumatic experiences. *European Psychoanalytical Federation Bulletin* 75.
- Bohleber, W., & Leuzinger-Bohleber, M. (2016). The special problem of interpretation in the treatment of traumatized patients. *Psychoanalytical Inquiry*, vol. 36(1) 60-76. <https://doi.org/10.1080/07351690.2016.1112223>
- Dalenberg, C. J. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10380-000>
- Diamond, M. (2020). Return of the repressed: revisiting dissociation and the psychoanalysis of the traumatized mind. *Journal of the American Psychoanalytical Association* 68(5):839-874. <https://doi.org/10.1177/0003065120964929>
- Ferenczi, S. (1933). Confusion of the Tongues Between the Adults and the Child – (the Language of Tenderness and of Passion). *The International Journal of Psychoanalysis* 30 (1949), 225-230.
- Ferrajão, P., Aragão Oliveira, R. (2016). The Effects of Combat Exposure, Abusive Violence and Sense of Coherence on PTSD and Depression in Portuguese Colonial War Veterans. *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy* 8(1):1-8 · January 2016. <https://doi.org/10.1037/tra0000043>
- Ferrajão, P., Aragão Oliveira, R. (2016a). Portuguese War Veterans: Moral Injury and Factors Related to Recovery From PTSD. *Qualitative Health Research* 26(2):204-214 · January 2016. <https://doi.org/10.1177/1049732315573012>
- Freud, S. (1887-1904). *The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess 1887-1904*, ed. and trans. J.M. Masson. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press, 1985.
- Freud, S. (1895). Project for a scientific psychology. S. E., 1.
- Freud, S. (1896). The aetiology of hysteria. S. E., 3
- Freud, S. 1914. "Remembering, Repeating and Working Through." S.E 12: 145-156.
- Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. SE 18.
- Levine, H. (2014). Psychoanalysis and trauma. *Psychoanalytic Inquiry*, 34:214-224, 2014. <https://doi.org/10.1080/07351690.2014.889475>
- Levine, H. (2021). Trauma, process and represen-

- tation, *The International Journal of Psychoanalysis*, 102(4), 794-807. <https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1841923>
- Rosenbaum, B., & Varvin, S. (2007). The influence of extreme traumatization on body, mind and social relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 88(6). <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2007.tb00758.x>
- Scarfone, D. (2017). Ten short essays on how trauma is inextricably woven into psychic life. *The Psychoanalytic Quarterly*, 2017 Volume LXXXVI, Number 1, 21-43. <https://doi.org/10.1002/psaq.12125>
- Varvin, S. (2003). Trauma and its after-effects. In Sverre Varvin & Vamik Volkan (ed.) *Violence or dialogue? Psychoanalytic insights on terror and terrorism* (pp. 206-216). International Psychoanalytical Association. London.

Clinical intervention in Trauma - therapeutic implications

Abstract

Psychoanalytic treatment is usually referred to as a therapeutic indication for trauma situations, with severe disturbances in the thought process. In this article we seek to synthesize the knowledge of the clinical expression of traumatic events, highlighting the main therapeutic implications in the light of today's psychoanalysis, further presenting the main clinical features within the psychoanalytic school associated with the problematic of psychic trauma.

Keywords

Trauma, clinical intervention in trauma, extreme trauma.