



Trauma Cumulativo

Quando a Estória Sobrevive entre a Repetição Relacional do Trauma e o Corpo

Paulo Ferrajão¹

António Esteves²

Mairí Stumpf³

Resumo

As formulações dominantes na literatura descrevem a perturbação pós-traumática como uma perturbação da memória. No âmbito de extensa investigação extra clínica e prática clínica, apresentamos um modelo das consequências pós-traumáticas como uma perturbação da identidade, especificamente uma dissociação estrutural da personalidade. Descrevemos a dissociação estrutural terciária associada ao trauma cumulativo precoce ocorrido num contexto relacional. Apresentamos a expressão da narrativa psíquica na dissociação estrutural terciária em duas modalidades: 1) *enactment* de sistemas relacionados dissociados na qual a divisão de múltiplas representações do self e dos objetos instauram a oscilação entre múltiplos sistemas relacionais: vítima, perseguidor e salvador; 2) preocupações ou sintomas somáticos com predomínio de um pensamento concreto que origina que o corpo seja o continente dos afetos não-elaborados e dessimbolizados expressos como memórias corporificadas. Propomos que a repetição relacional do trauma no triângulo do drama e/ou as preocupações ou sintomas somáticos deverão ser analisadas na relação transferência-contratransferência destes pacientes como procedimento de explicitação no aqui-e-agora dos sistemas relacionais implícitos. Este processo auxilia na estruturação e integração progressiva das partes dissociadas no self que promovem a mudança estrutural do psiquismo.

Palavras-chave

Trauma cumulativo, identidade, dissociação estrutural da personalidade, triângulo do drama, memórias corporificadas.

¹ Psicólogo Clínico, Professor Auxiliar. Faculdade de Ciências da Saúde e do Desporto, Universidade Europeia. E-mail: pauloferrajao@gmail.com

² Psicólogo. E-mail: antonio.esteves@gmail.com

³ Psicóloga e Psicoterapeuta. E-mail: mairio7@gmail.com

© do Autor 2021. Publicado online em <https://rpppsicanalise.org>, sob a Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

As manifestações clínicas do trauma destacam-se por questionarem diversas conceptualizações da teoria psicanalítica. Neste particular, a organização das memórias tem sido destacada como influenciando a narrativa dos pacientes com história de trauma. As narrativas dos pacientes traumatizados parecem refletir a combinação das diferenças intrassubjetivas e intersubjetivas dos indivíduos, a organização do psiquismo, o período do desenvolvimento em que ocorreu o trauma, bem como a natureza do trauma. Em resultado de mais de 10 anos de investigação extra-clínica fundamentada na teoria psicanalítica e na prática clínica com indivíduos traumatizados em diferentes contextos (primeiro autor), apresentamos um modelo conceptual do trauma cumulativo na organização da memória e construção narrativa da experiência.

A conceptualização dominante na literatura sobre o trauma entende a perturbação pós-traumática como uma perturbação da memória associada ao processamento disfuncional do acontecimento. Janet (1889) introduziu esta noção ao propor a neurose traumática como o resultado do fracasso na integração do trauma no psiquismo. O autor propôs a dissociação como fenómeno nuclear da perturbação traumática que se caracterizava pela divisão das memórias do trauma (armazenadas como ideias fixas inconscientes) relativamente às representações conscientes. Este processo era responsável pela perturbação da integração das memórias do trauma no psiquismo, acedendo à consciência como re-experiência com manifestações somáticas do trauma ou sentimentos de ameaça (Janet, 1889).

Na proximidade desta formulação, Freud (1895) propôs originalmente que o trauma era originado por um acontecimento externo com uma natureza incompatível relativamente ao Ego. Nesta formulação inicial, o trauma era entendido como um traumatismo sexual (“sedução”). O acontecimento traumático permanecia fora da consciência, por ação do recalçamento. A memória recalçada existia isolada como um “corpo estranho” do Ego, mas capaz de originar efeitos, isto é, os sintomas nos quais ocorria a revivência do trauma acompanhada de afetos de

pavor e conversão somática (Freud, 1895).

Porém, Cohen (1985) distingue dois processos defensivos associados ao recalçamento em face do trauma: recalçamento primário e recalçamento propriamente dito. O primeiro envolve o fracasso na representação do trauma e o afastamento da restante estrutura psíquica. Este processo defensivo envolve a formação de uma região “isolada” do *Self*, ou *casulo*, que protege da retraumatização. Porém, este processo defensivo traduz-se num empobrecimento dos “recursos psíquicos” e manifestações fisiológicas e agressivas de angústia. O recalçamento propriamente dito mantém a ligação associativa entre o trauma e os desejos durante a traumatização, que possibilita a representação simbólica do trauma e o controlo dos sentimentos de ameaça (Cohen, 1985).

Mais recentemente, Bokanowski (2005) propôs que a intensidade do trauma causa o colapso dos processos psíquicos envolvidos no recalçamento. Como resultado, ocorre o predomínio de processos defensivos mais primitivos (e.g., clivagem, identificação projetiva patológica) que origina a fragmentação do *Ego*. A clivagem do *Ego* e dos objetos desencadeia, secundariamente, a dissociação do *Ego* e da realidade interna e externa (Brown, 2005; Laub & Lee, 2003). Neste processo sucede a formação de uma parte “traumática” do psiquismo com manifestações clínicas diversificadas, entre as quais se incluem imagens e sensações de um mundo alienado (Varvin, 2003).

PERTURBAÇÃO DA IDENTIDADE E DISSOCIAÇÃO ESTRUTURAL DA PERSONALIDADE

Os processos psíquicos consequentes ao trauma levam-nos a propor a perturbação traumática, não como uma perturbação da memória, tal como é sustentado pelos modelos mais próximos da Psiquiatria, mas como uma perturbação da identidade, especificamente, uma dissociação estrutural da personalidade. A dissociação é uma organização psíquica, secundária à clivagem do Eu nuclear, caracterizada pela separação e proteção das partes do Eu sobrevivente ao trauma re-

lativamente à parte do Eu danificada pelo trauma (Bokanowski, 2005; Brown, 2006; Ferrajão & Oliveira, 2015). Esta conceptualização aproxima-se do conceito de dissociação estrutural da personalidade (van der Hart et al., 2004), descrevendo a divisão entre uma, ou várias, “parte(s) aparentemente normal/normais da personalidade” (ANP; envolvida(s) no funcionamento da vida quotidiana após o trauma e no evitamento das memórias traumáticas) e a “parte emocional da personalidade” (EP; organização da personalidade que permanece fixada às manifestações sensorio-somáticas, representações, comportamentos e processos defensivos associados ao trauma).

van der Hart et al. (2004) descrevem diferentes níveis de dissociação estrutural subjacentes a diferentes níveis de integração da personalidade: 1) a dissociação estrutural primária envolve a divisão entre uma ANP e uma EP (alternância entre amnésia e hiperamnésia do trauma); 2) a dissociação estrutural secundária envolve a divisão entre uma ANP e dois ou mais EP (diferentes processos defensivos, ou dissociação entre um EP observador e um EP agente da experiência); 3) a dissociação estrutural terciária envolve a divisão da ANP concomitante à dissociação de vários EP (ruptura do Eu nuclear em dois, ou mais, Eu parciais com sistemas de modalidades relacionais independentes).

Como resultado da nossa investigação extra-clínica e da prática clínica junto de indivíduos com experiência traumática em diferentes contextos, propomos que os diferentes níveis de dissociação estrutural refletem níveis diferenciados de perturbação pós-traumática, com expressões diferenciadas da narrativa psíquica do trauma. A dissociação estrutural primária aproxima-se do conceito de dissociação “saudável” (Alayarian, 2011), envolvendo o evitamento deliberado e consciente, nalgumas situações, de alguns conteúdos mentais associados ao trauma como estratégia de prevenção do colapso psicológico. Nesta organização psíquica, sucede a formação de uma membrana traumática, na qual as representações angustiantes associadas ao trauma são encapsuladas (Lindy, 1985; Lindy & Wilson, 2001), mas em que existe contato e comunicação

com outras partes do *Self* que permite a manutenção da coerência e integridade do *Self* (Hopper, 1991).

A dissociação estrutural secundária envolve o isolamento dos conteúdos mentais associados ao trauma e a sua divisão, sem contacto relativamente às restantes representações do *Self* (Bohleber, 2007; Knox, 2003). Neste nível de dissociação, os processos de clivagem, subjacentes à dissociação, envolvem a clivagem do *Ego* e a clivagem dos objetos internalizados pré-traumáticos (idealizados) e o repúdio dos maus objetos internos e externos pós-traumáticos (Bokanowski, 2005). A narrativa psíquica deste nível de dissociação estrutural caracteriza-se pela representação de um passado prévio ao trauma idealizado e fantasias de um mundo alternativo que contrastam com o período posterior ao trauma, povoado de conteúdos mentais com carácter concreto e persecutório (Bromberg, 2001; Grubrich-Simitis, 1981).

DISSOCIAÇÃO ESTRUTURAL TERCIÁRIA

A dissociação estrutural terciária apresenta características distintas relativamente aos restantes níveis de dissociação estrutural da personalidade. A investigação clínica e extra-clínica tem observado que a dissociação estrutural terciária é mais comum no contexto de traumatizações precoces e/ou crónicas (Ferrajão & Elklit, 2021; van der Hart et al., 2004). O trauma precoce não é habitualmente uma experiência singular, mas ocorre de forma repetida. A natureza recorrente desses acontecimentos ativa processos defensivos marcados por utilização excessiva de clivagem. Como resultado, assiste-se à organização de um *Self* atomizado no qual as suas diversas partes - associadas, ou não, ao trauma - permanecem sem contato entre si (Ferenczi, 1949). Esta formulação encontra suporte em estudos de neuroimagem em crianças e adolescentes vítimas de traumas precoces, que observaram processos dissociativos associados a uma redução na área de secção transversal do Corpo Caloso, responsáveis pela manifestação de descontinuidade entre percepção, compreensão e resposta aos es-

tímulos nesses indivíduos (De Bellis et al., 1999; Jackowski et al., 2009).

Estes processos refletem-se em narrativas psíquicas características da dissociação estrutural terciária, comparativamente à dissociação estrutural secundária. Na última, a representação do *Self* é descrita como diferente após o trauma; na dissociação estrutural terciária, a(s) experiência(s) habitualmente ocorrida(s) numa fase precoce do desenvolvimento originam a perturbação do desenvolvimento de uma organização sólida e coesa do *Self* (Herman, 1992). No trauma cumulativo precoce, a figura cuidadora é simultaneamente uma figura traumatogénica, isto é, um objeto materno patogénico, a insanidade materna (Bokanowski, 2005). Ferenczi (1949) introduziu esta conceptualização na sua descrição do trauma como ocorrendo num contexto relacional, associado a uma “confusão de línguas” entre a linguagem da ternura da criança e a linguagem da paixão do adulto. O trauma ocorre face às falhas repetidas do objeto primário na resposta adequada às necessidades afetivas da criança, originando um estado generalizado de desamparo e a clivagem narcísica do *Self* na criança (Bokanowski, 2005).

A natureza eminentemente relacional do trauma foi igualmente descrita por Winnicott e Masud Khan. Winnicott (1948) descreve a experiência traumática como *impingements* originados pelas falhas no seu papel como “mãe suficientemente boa” na regulação dos estímulos (internos e externos), perturbando a integração de um *Self* verdadeiro da criança. Na proximidade desta formulação, Kahn (1965) descreve o trauma cumulativo como a experiência de tensão e angústia sentida pela criança como resultado das falhas repetidas da mãe como barreira protetora no seu papel de *Ego* auxiliar. O trauma cumulativo, neste contexto, ocorre de forma silenciosa e invisível o que dificulta a sua deteção durante a infância.

TRIÂNGULO DO DRAMA

Por seu turno, Liotti (1999), baseando-se nas evidências empíricas da teoria da vinculação e nas suas observações clínicas, descreve o trau-

ma como ocorrendo na relação com figuras de vinculação ameaçadas e/ou ameaçadoras. O autor descreve o trauma como ocorrendo de forma cumulativa, à semelhança de Winnicott e Kahn, na relação da criança com uma figura cuidadora traumatogénica. A figura traumatogénica é uma figura igualmente traumatizada e ameaçada (trauma anterior), que expõe a criança às recordações fragmentadas e intrusivas do seu trauma no contexto da relação interpessoal. A projeção de conteúdos mentais intoleráveis para o cuidador, projetados sobre a criança, origina a acumulação de elementos-beta (Bion, 1962), resultando num ataque à função-alfa como defesa contra as emoções intoleráveis no seio da experiência relacional (Hartke, 2005).

A relação com um objeto primário (interno-externo) traumatizado e/ou ameaçador é vivida com extrema angústia, isolamento e evitamento da figura traumatogénica (Khan, 1963; Liotti, 1999). Porém, o evitamento da figura traumatogénica agrava o sentimento de isolamento e solidão (interna e externa) que reativa comportamentos de procura de suporte. Neste contexto, desenvolve-se um sistema relacional paradoxal de repúdio do objeto e repúdio da ausência do objeto. A formação deste sistema relacional ameaça a queda na anobjectalidade, i.e., a perda catastrófica das representações do *Self* e dos objetos em que domina a solidão com a representação dum mundo interno morto e deserto (Laub & Auerhahn, 1989). Esta experiência evoca o questionamento da existência da empatia e possibilidade da comunicação humana, e, em última instância, da humanidade do próprio (Laub & Auerhahn, 1989). O estado de desamparo intolerável vivido pela criança origina a internalização e identificação com o derradeiro objeto sentido como disponível: o objeto traumatogénico (Abraham & Török, 1987; Ferenczi, 1949; Grubrich-Simitis, 1981).

O desenvolvimento deste sistema relacional paradoxal abre a via à dissociação estrutural terciária com a formação de múltiplas representações do *Self* dos objetos internos divididas e sem contato entre si. O medo-evitamento e a procura de proteção-proximidade, e de identificação, com a figura traumatogénica instauram o “triân-

gulo do drama”. O triângulo do drama envolve a oscilação entre representações do *Self* do objeto interno nos papéis de salvador, perseguidor e vítima, bem como a oscilação entre múltiplos sistemas relacionais. Ocorre a formação de três sistemas relacionais internalizados: 1) representação do objeto como ameaçador e do *Self* como vítima desamparada de um “monstro”; 2) representação do *Self* como ameaçador (interiorização e identificação à maldade do objeto) e do objeto como vítima desamparada; 3) representação do *Self* como salvador onipotente (*wise baby*) de uma figura cuidadora frágil (inversão da relação cuidador-criança) na qual o cuidador é confortado e distraído das memórias dolorosas e intrusivas do seu próprio trauma pela criança (Liotti, 1999).

As oscilações entre múltiplos sistemas relacionais dão conta de clivagens múltiplas do *Self* como salvador, perseguidor ou vítima complementares à clivagem do objeto (interno e externo) como perseguidor (poderoso e maléfico) ou vítima (incompetente, ou ameaçado e desamparado). A oscilação entre representações múltiplas, incoerentes e contraditórias do *Self* e do objeto é reveladora de um sistema de representações dos objetos e do *Self* fragmentado e dissociado (Liotti, 1999).

Porém, esta organização fragmentada de representações dos sistemas relacionais não cumpre os seus objetivos. A formação deste múltiplo sistema relacional quebra o vínculo libidinal com os objetos com a consequente queda na anobjetividade (Davies & Frawley, 1994).

A dissociação das representações do *Self* origina que os acontecimentos traumáticos sejam vividos, mas não assimilados e organizados no mundo interno do sujeito. Por outro lado, as múltiplas representações dos objetos intensificam a interiorização de objetos internos maléficos, os quais internamente impõem o silêncio e a proibição da recordação das memórias do trauma. A falha no desenvolvimento de um bom objeto interno impossibilita a representação das experiências na comunicação com um objeto diferenciado do *Self* e que torne possível a regulação emocional de afetos intensos, a organização e recordação das experiências, assim como a cons-

trução de uma narrativa sobre o trauma (Laub & Lee, 2003). Os estudos na área das neurociências suportam esta formulação ao evidenciarem que o traumatismo crónico na infância e adolescência está associado a fatores estruturais e ao dano funcional nas estruturas cerebrais, nomeadamente a redução do volume do hipocampo, reguladoras do stress e das emoções (Bremner & Vermetten, 2001; van Harmelen et al., 2010) e distúrbios da memória verbal (Bremner, 2007).

A oscilação entre os múltiplos sistemas de representações *Self*-objeto manifesta-se no *enactment* dos diferentes papéis na relação com os objetos, nomeadamente na compulsão à repetição ocorrida na relação terapêutica (Liotti, 1999). O retorno à situação traumática na compulsão à repetição na situação clínica (Freud, 1920) é vivida, mas não compreendida, e atuada na relação com o terapeuta (Garland, 1998). Complementarmente, podem ocorrer *enactments* do terapeuta, na contratransferência, que dão conta da atuação, inconsciente, dos múltiplos papéis (salvador, perseguidor ou vítima) na díade terapêutica.

Este processo dá conta da rutura, dano ou destruição do vínculo interno aos objetos, tornando a ligação aos outros uma experiência ameaçadora (Varvin & Rosenbaum, 2015). Consequentemente, o investimento de novos objetos é orientado por uma compulsão de negativização de qualquer relação real e genuína com o outro (Bokanowski, 2005). A anulação ou negativização do vínculo com os objetos inviabiliza o estabelecimento de uma ligação genuína consigo próprio. A ausência de vínculo libidinal com os objetos internos e com o próprio, instaura a perda de representação e a incapacidade de compreensão e de recordação dos traumas, que, por seu turno, agrava a perda de coerência da identidade pessoal (Laub & Lee, 2003).

De acordo com esta perspectiva, a dissociação estrutural terciária associa-se à perda da proteção de um bom objeto, privando o indivíduo de um continente no qual os conteúdos mentais sensoriais e crus associados ao trauma possam ser transformados e pensados (Garland, 1998; Varvin, 2003). A ausência de um bom objeto interno inviabiliza a simbolização da experiência e

a sua historicização como experiências psíquicas do passado (Bokanowski, 2005). Consequentemente, o predomínio de objetos maléficos instaura a proibição de conhecer, recordar e assimilar a experiência traumática, que cria vácuos no psiquismo do indivíduo (Laub & Lee, 2003). Igualmente, ocorre o reforço do uso de processos defensivos primários que intensificam os sentimentos de ameaça no contexto relacional associados ao receio da re-traumatização (Garland, 1998; Varvin, 2003).

A reversão da função-alfa, que ocorre habitualmente nos indivíduos com trauma precoce, origina que a dinâmica da relação continente-conteúdo seja francamente devastadora. Tal ocorre em virtude de os conteúdos serem igualmente destrutivos para o continente (Hartke, 2005). Os ataques destrutivos dirigidos aos objetos (internos e externos) acentuam as perturbações do processo de pensamento e o agravamento da divisão interna do psiquismo (dissociação) (Bokanowski, 2005). O predomínio destes processos psíquicos resulta no dano ou perda da capacidade de simbolização, formando “ilhas” mentais com níveis diferenciados de dessimbolização – áreas mentais dissociadas – que dessimbolizam igualmente as experiências atuais organizadas de acordo com esquemas ou cenários de pavor/ameaça primitivos (Varvin, 2010).

MEMÓRIAS CORPORIFICADAS

O predomínio de processos defensivos primários e de maus objetos persecutórios acentuam as falhas na discriminação e diferenciação entre mundo interno e externo (Bokanowski, 2005). Como resultado, a recordação do trauma é vivida como a repetição da experiência no presente (Garland, 1998). Aqui observa-se a reversão da função-alfa (Bion, 1962) e a formação de uma tela-beta como processos defensivos que favorecem a concretização das experiências e emoções (Brown, 2005). Por seu turno, a manutenção da função-alfa nos conteúdos mentais das partes da personalidade sobrevivente à traumatização é utilizada na produção compulsiva de elementos tela-beta, que reforçam a barreira de estímulos de

modo a prevenir o cataclismo psíquico (Hartke, 2005).

A formação duma organização traumática rígida – tela-beta (Bion, 1962) – visa restaurar a coerência interna e a proteção da ansiedade de fragmentação através duma concretude cognitiva (Brown, 2005). Nalguns casos, a concretude do pensamento face à experiência pode originar que o corpo seja tomado como continente das projeções que se expressam em preocupações hipocóndricas ou somatizações (Grinberg, 2001). Estes processos psíquicos são mais habituais na relação com uma “mãe psicossomática” cuja natureza traumática da relação precoce está associada à dominância excessiva e intrusividade. Neste caso, a ausência de objetos continentes e transformadores da angústia contribui para o *acting in* das experiências afetivas dolorosas como expressões somáticas (McDougall, 1984).

Propomos que a narrativa psíquica na dissociação estrutural terciária, para além da sua expressão em padrões repetitivos de *enactments*, pode expressar-se através de preocupações ou sintomas somáticos. As manifestações somáticas dão conta de perturbação da interação dialética entre as posições esquizoparanóide, autístico-contígua e depressiva (Ogden, 1989). Neste caso, sucede o predomínio de modalidades da experiência esquizoparanóide e autístico-contígua (Rosenbaum & Varvin, 2007). Assiste-se à expressão de modalidades pré-simbólicas caracterizada pela ameaça da dissolução dos limites do *Self* corporal e dos limites protetores da pele psíquica (Boulanger, 2002; Ogden, 1989). Neste funcionamento sucede a clivagem entre o *Self* mental e o *Self* corporal em que os afetos traumáticos são depositados no corpo (Miliora, 1998). A dissociação entre mente e corpo instaura uma lacuna entre ambas as entidades, em que os sintomas somáticos são registos de descargas sobre o corpo de afetos sem elaboração psíquica e dessimbolizados (Meissner, 2006).

A intensificação das clivagens entre mente e corpo é um dos processos defensivos subjacentes à dissociação entre ambas as entidades, a qual tem sido identificada como fator primordial do processo de somatização associado ao trauma

precoce (Meissner, 2006; van der Kolk, 1996). As expressões somáticas associadas ao trauma precoce refletem, igualmente, uma dissociação estrutural da personalidade com divisão de diversas áreas da personalidade sem contacto entre si, numa organização psíquica arcaica (Mittrani, 1995). Nesta organização psíquica predomina a ausência de objetos capazes de transformar as experiências somatossensoriais em símbolos ou representações mentais (Auerhahn, Laub, & Peskin, 1993; Mittrani, 1995). As experiências não-mentalizadas são projetadas sobre um continente concreto, o corpo, num funcionamento dominado pela concretude do pensamento (Brown, 2005)

O fracasso na capacidade de simbolização e de comunicação intersubjetiva resulta na inibição comportamental e na concretude do pensamento, que se expressa na ausência de uma estória verbal dotada de significado pessoal sobre o trauma. A narrativa do trauma revela-se nas expressões somáticas e queixas localizadas no corpo, que constitui um continente anti-simbólico onde são somatizados os sentimentos e sensações associadas ao trauma (Bonomi, 2003; Miliora, 1998). No *setting* clínico, nas situações clínicas, as preocupações ou manifestações somáticas constituem expressões de memórias corporificadas (*embodied memories*) as quais constituem memórias sensório-motoras inconscientes associadas ao trauma, manifestando-se como sensações corporais, afetos e/ou fantasias associadas à interação traumática (Leuzinger-Bohleber, 2008).

Por outro lado, a relação com este objeto concreto – o corpo – instaura um sistema relacional que se aproxima do triângulo do drama: 1) a representação do *Self* como vítima de um objeto (corpo) doente e maléfico nas queixas e doença física; 2) a representação do *Self* como salvador de um objeto frágil – o corpo doente – no foco e cuidados às manifestações físicas da doença; 3) a representação de um *Self* perseguidor que pune ou castiga um objeto desamparado através de comportamentos autodestrutivos dirigidos contra o corpo, como forma de transformação da dor emocional incompreensível e intolerável associada ao trauma numa dor física concreta e

tolerável (Allen, 2005; Ferrajão, 2017). O sistema relacional dissociado dá conta de ansiedades catastróficas associadas ao trauma, expressando-se numa ameaça de fragmentação da imagem corporal (Boulanger, 2002).

IMPLICAÇÕES DO MODELO PARA A PRÁTICA CLÍNICA

A narrativa psíquica na dissociação estrutural terciária é eminentemente um relato des-simbolizado expresso na repetição relacional do trauma no “triângulo do drama”, ou por meio de preocupações ou de sintomas somáticos. Esta organização psíquica desenvolve-se face a um trauma precoce na relação com uma figura traumatogénica que origina o dano do vínculo a bons objetos internos que instauram o predomínio de processos defensivos primários. Em resultado, o processo de simbolização das experiências é perturbado ou inviabilizado, e apenas expresso em *enactments* de um sistema relacional dissociado e/ou depositado no corpo.

O *enactment* da reexperiência do trauma ocorre nas relações atuais e com o terapeuta (na transferência) expressa em múltiplos sistemas de representações *Self*-objeto internalizados e dissociados (triângulo do drama) sem que ocorra a sua recordação consciente (Freud, 1914). A atuação dos sistemas relacionais dissociados não permite obter o domínio sobre o trauma passado, mas perpetua o desamparo e vulnerabilidade despertadas pelas sensações associadas à traumatização. Na transferência, sucede a manutenção do padrão cíclico de oscilação entre representações do *Self* e dos objetos internalizados (Daud et al., 2008; Gerzi, 2005).

Na sessão, o terapeuta deverá considerar que a repetição dos padrões relacionais e os sonhos de angústia indicam respostas de alarme face à ameaça de retorno à situação traumática e reveladoras de uma reduzida capacidade de regulação emocional das sensações associada a perturbações nos processos de simbolização e fantasia (Kramer et al., 1987). Essas manifestações clínicas constituem a única modalidade possível de recordação do trauma (Yorke, 1986), constituin-

do os *enactments* dos múltiplos sistemas relacionais dissociados na transferência uma tentativa de expressão de uma realidade ainda desconhecida pelo indivíduo (Caruth, 1989). Desta forma, tal como é proposto por Stein (2007), os *enactments* constituem uma nova experiência da relação traumática ocorrida no aqui-e-agora da relação terapêutica.

A produção deste material clínico na sessão constitui uma tentativa do paciente em procurar ordenar experiências caóticas e fragmentadas visando a restauração da função simbólica e a representação das experiências (Gerson, 2009). A atitude clínica do terapeuta desempenha um papel nuclear neste processo, efetuada através da explicitação no aqui-e-agora dos sistemas relacionais internalizados implícitos. Tal sucede na análise da relação transferência-contratransferência como processo de promoção da estruturação e integração progressiva das partes dissociadas no *Self* da sua organização afetiva e cognitiva em modalidades de relacionamento mais estruturadas (Varvin & Rosenbaum, 2015).

A repetição dos sistemas relacionais dissociados num *setting* seguro, na relação com um bom objeto (terapeuta), introduz o vínculo libidinal aos objetos, que é promotor da reelaboração e reconstrução da estória do trauma (Orlandini, 2004). Simultaneamente, a validação empática, ou o espelhamento, por parte do terapeuta, promovem a narcisização saudável de um *Self* profundamente desinvestido (Gerzi, 2005). Desta forma, o paciente será particularmente susceptível às falhas do terapeuta, na contratransferência, às suas necessidades afetivas, requerendo deste, no seu papel de “mãe suficientemente boa”, a capacidade de regular as experiências internas e inter-relacionais que promovem a restauração, possível, de um *Self* verdadeiro (Winnicott, 1948).

Por outro lado, o foco prematuro na exploração das memórias do trauma é sentido pelos indivíduos como uma intrusão que reativa fantasias e processos defensivos da relação com a figura traumatogénica (Ferrajão & Elkit, 2020). Tal atitude terapêutica poderá reativar o trauma associado a uma “confusão de línguas” entre a linguagem da ternura (busca de afeto) do paciente

e a linguagem da paixão (intrusiva na exposição a conteúdos mentais não-metabolizados) do terapeuta (Ferenczi, 1949). Esta dinâmica relacional desperta no terapeuta, na sua contratransferência, a sensação de resposta inadequada da figura traumatogénica à angústia do indivíduo ocorrida no trauma.

O nosso propósito não é sugerir a ausência de necessidade da (re)construção de uma narrativa histórica sobre o trauma, já que, nos casos em que a narrativa psíquica se expressa, predominantemente em manifestações somáticas, a reconstrução biográfica detalhada do trauma auxilia na reintegração do trauma infantil na identidade (*Self*) nuclear do paciente e na mudança estrutural (Ferrajão et al., 2017; Leuzinger-Bohleber, 2008). Neste particular, o conceito de “memórias corporificadas” revela-se particularmente útil, considerando que estas memórias sensório-motoras inconscientes associadas ao trauma permitem a reconstrução das sensações corporais, afetos e fantasias associadas à interação traumática (Leuzinger-Bohleber, 2008). A metabolização e ligação às relações de objeto que ativam as memórias corporificadas do trauma no aqui-e-agora da relação transferencial permite a reconstrução biográfica do trauma (Bonomi, 2003; Varvin, 2003).

Em conclusão, propomos que a reconstrução intelectual dos factos biográficos da história do trauma, a sua narrativa histórica, não origina uma mudança terapêutica, já que a mudança estrutural parece ocorrer, sobretudo, pela compreensão detalhada e aprofundada dos *enactments* (agidos na transferência ou nas manifestações somáticas) na relação terapêutica e nas relações de objeto.

Este processo ocorre através da contenção (relação continente-conteúdo), elaboração e transformação dos conteúdos mentais e afetos. Finalmente, esta abordagem diferencia-se das conceptualizações e intervenções mais próximas dos modelos biomédicos, realçando a aceitação das consequências e das vulnerabilidades inalteráveis associadas ao trauma como nucleares na minimização da dissociação estrutural.

REFERÊNCIAS

- Abraham, N., & Török, M. (1995). *A casca e o núcleo*. Escuta.
- Alayarian, A. (2011). *Trauma, torture, and dissociation: A psychoanalytic view*. Karnac Books.
- Allen, J. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding*. American Psychiatric Publishing.
- Auerhahn, N. C., Laub, D., & Peskin, H. (1993). Psychotherapy with Holocaust survivors. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(3), 434-442. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.30.3.434>
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Karnac Books.
- Bohleber, Werner. (2007). Recordação, trauma e memória coletiva: a luta pela recordação em psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(1), 154-175. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pd=So486-641X2007000100015&lng=pt&tlng=pt.
- Bokanowski, T. (2005). Variations on the concept of traumatism: traumatism, traumatic, trauma. *The International journal of psycho-analysis*, 86(2), 251-265. <https://doi.org/10.1516/pplt-h9dr-dw3a-x1xu>
- Bonomi, C. (2003). Between symbol and antisymbol: The meaning of trauma reconsidered. *International Forum of Psychoanalysis*, 12(1), 17-21. <https://doi.org/10.1080/08037060310005214>
- Boulanger, G. (2002). Wounded by reality: The collapse of the self in adult onset trauma. *Contemporary Psychoanalysis*, 38(1), 45-76. <https://doi.org/10.1080/00107530.2002.10745806>
- Bremner, J. D. (2007). Neuroimaging in posttraumatic stress disorder and other stress-related disorders. *Neuroimaging Clin N Am*, 17(4), 523-538, ix. <https://doi.org/10.1016/j.nic.2007.07.003>
- Bremner J. D. (2007). Neuroimaging in posttraumatic stress disorder and other stress-related disorders. *Neuroimaging Clinics of North America*, 17(4), 523-ix. <https://doi.org/10.1016/j.nic.2007.07.003>
- Bremner, J. D., & Vermetten, E. (2001). Stress and development: behavioral and biological consequences. *Dev Psychopathol*, 13(3), 473-489. <https://doi.org/10.1017/S0954579401003042>
- Bremne, J. D., & Vermetten, E. (2001). Stress and development: behavioral and biological consequences. *Development and Psychopathology*, 13(3), 473-489. <https://doi.org/10.1017/S0954579401003042>
- Bromberg, P. M. (2001). The gorilla did it: Some thoughts on dissociation, the real, and the really real. *Psychoanalytic Dialogues*, 11(3), 385-404. <https://doi.org/10.1080/10481881109348619>
- Brown, L. J. (2005). The cognitive effects of trauma: reversal of alpha function and the formation of a beta screen. *The Psychoanalytic quarterly*, 74(2), 397-420. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2005.tb00212.x>
- Brown, L. J. (2006). Julie's museum: the evolution of thinking, dreaming and historicization in the treatment of traumatized patients. *The International journal of psycho-analysis*, 87(6), 1569-1585. <https://doi.org/10.1516/bv7n-l9px-yjbr-cwej>
- Caruth, C. (1995). *Trauma: Explorations in memory*. The John Hopkins University Press.
- Cohen, J. (1985). Trauma and repression. *Psychoanalytic Inquiry*, 5(1), 163-189. <https://doi.org/10.1080/07351698509533580>
- Daud, A., af Klinteberg, B., & Rydelius, P. A. (2008). Trauma, PTSD and personality: the relationship between prolonged traumatization and personality impairments. *Scandinavian journal of Caring Sciences*, 22(3), 331-340. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00532.x>
- Davies, J. M., & Frawley, M. G. (1994). *Treating the adult survivor of childhood sexual abuse: A psychoanalytic perspective*. Basic Books.
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A., Frustaci, K., & Ryan, N. D. (1999). A.E. Bennett Research Award. Developmental traumatology. Part II: Brain development.

- Biol Psychiatry*, 45(10), 1271-1284. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00045-1](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00045-1)
- Ferenczi, S. (1949). Confusion of tongues between adults and the child: The language of tenderness and of passion. *Contemporary Psychoanalysis*, 24(2), 196-206. <https://doi.org/10.1080/00107530.1988.10746234>
- Ferrajão, P. C., Badoud, D. M., & Oliveira, R. A. (2017). Mental strategies as mediators of the link between attachment and PTSD. *Psychological trauma: Theory, research, practice and policy*, 9(6), 731-740. <https://doi.org/10.1037/tra0000251>
- Ferrajão, P. C., & Elklit, A. (2020). World assumptions and posttraumatic stress in a treatment-seeking sample of survivors of childhood sexual abuse: A longitudinal study. *Psychology of Violence*, 10(5), 501-508. <https://doi.org/10.1037/vio0000280>
- Ferrajão, P., & Elklit, A. (2021). Attachment and social support mediate associations between polyvictimization and psychological distress in early Uganda and Kenya adolescents. *Child Abuse & neglect*, 121, 105271. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105271>
- Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2015). From self-integration in personal schemas of morally experienced to self-awareness of mental states: A qualitative study among a sample of Portuguese war veterans. *Traumatology*, 21(1), 22-31. <https://doi.org/10.1037/trm0000019>
- Freud, S. (1895). Studies on hysteria. In *Standard Edition 2*. Hogarth Press.
- Freud, S. (1914). Remembering, repeating, and working-through. In *Standard Edition 12* (pp. 147-156). London: Hogarth Press.
- Garland, C. (Eds.) (1998). *Understanding trauma – A psychoanalytical review*. Karnac Books.
- Gerson, S. (2009). When the third is dead: Memory, mourning, and witnessing in the aftermath of the Holocaust. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90(6), 1341-1357. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2009.00214.x>
- Gerzi, S. (2005). Trauma, narcissism and the two attractors in trauma. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(4), 1033-1050. <https://doi.org/10.1516/2TTK-GoTL-9DWL-UHWY>
- Grinberg, L. (2001). *Teoria da identificação*. Climepsi.
- Grubrich-Simitis, I. (1981). Extreme traumatization as cumulative trauma -Psychoanalytic investigations of the effects of concentration camp experiences on survivors and their children. *Psychoanalytic Study of the Child*, 36(1), 415-450. <https://doi.org/10.1080/00797308.1981.11823352>
- Hartke, R. (2005). The basic traumatic situation in the analytical relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 86(2), 267-290. <https://doi.org/10.1516/T89E-QAL4-P81C-XDXJ>
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence*. Basic Books.
- Hopper, E. (1991). Encapsulation as a defence against the fear of annihilation. *The International journal of psycho-analysis*, 72(4), 607-624. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1797716/>
- Jackowski, A., de Araújo, C., de Lacerda, A., Mari, J. J., & Kaufman, J. (2009). Neurostructural imaging findings in children with post-traumatic stress disorder: Brief review. *Psychiatry Clin Neurosci*, 63(1), 1-8. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01906.x>
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Alcan.
- Khan, M. R. (1963). The concept of cumulative trauma. *Psychoanalytic Study of the Child*, 18(1), 286-306. <https://doi.org/10.1080/00797308.1963.11822932>
- Knox J. (2003). Trauma and defences: their roots in relationship. An overview. *The Journal of Analytical Psychology*, 48(2), 207-233. <https://doi.org/10.1111/1465-5922.t01-2-00007>
- Kramer, M., Schoen, L. S., & Kinney, L. (1987). Nightmares in Vietnam veterans. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 15(1), 67-81. <https://doi.org/10.1521/jaap.1.1987.15.1.67>
- Laub, D., & Auerhahn, N. C. (1989). Failed empathy: a central theme in the survivor's

- holocaust experience. *Psychoanalytic Psychology*, 6(4), 377-400. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.6.4.377>
- Laub, D., & Lee, S. (2003). Thanatos and massive psychic trauma: the impact of the death instinct on knowing, remembering, and forgetting. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51(2), 433-464. <https://doi.org/10.1177/00030651030510021201>
- Leuzinger-Bohleber, M. (2008). Biographical truths and their clinical consequences: understanding 'embodied memories' in a third psychoanalysis with a traumatized patient recovered from severe poliomyelitis. *The International journal of psycho-analysis*, 89(6), 1165-1187. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2008.00100.x>
- Lindy, J. D. (1985). The trauma membrane and other clinical concepts derived from psychotherapeutic work with survivors of natural disasters. *Psychiatric Annals*, 15(3), 153-160. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19850301-06>
- Lindy, J. D., & Wilson, J. P. (2001). Respecting the trauma membrane: Above all, do no harm. In J. P. Wilson, M. J. Friedman, J. D. Lindy (Eds.), *Treating psychological trauma and PTSD* (pp. 432-445). Guilford Press.
- Liotti, G. (1999). Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(5), 757-783. <https://doi.org/10.1080/07351699909534275>
- McDougall J. (1984). The "dis-affected" patient: reflections on affect pathology. *The Psychoanalytic Quarterly*, 53(3), 386-409.
- Meissner, W. W. (2006). Psychoanalysis and the mind-body relation: Psychosomatic perspectives. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(4), 295-315. <https://doi.org/10.1521/bumc.2006.70.4.295>
- Miliora, M. T. (1998). Trauma, dissociation, and somatization: a self-psychological perspective. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 26(2), 273-293. <https://doi.org/10.1521/jaap.1.1998.26.2.273>
- Mitrani, J. L. (1995). Toward an understanding of unmentalized experience. *The Psychoanalytic quarterly*, 64(1), 68-112. <https://doi.org/10.1080/21674086.1995.11927444>
- Ogden, T. H. (1989). *The primitive edge of experience*. Jason Aronson.
- Orlandini, A. (2004). Repetition compulsion in a trauma victim: Is the "Analgesia principle" beyond the pleasure principle? Clinical implications. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 32(3), 525-540. <https://doi.org/10.1521/jaap.32.3.525.44777>
- Rosenbaum, B., & Varvin, S. (2007). The influence of extreme traumatization on body, mind and social relations. *The International Journal of Psycho-analysis*, 88(Pt 6), 1527-1542. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2007.tb00758.x>
- Stein H. H. (2007). Combat veterans: impressions of an analytic observer in a non-analytic setting. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 35(4), 575-589. <https://doi.org/10.1521/jaap.2007.35.4.575>
- van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(11-12), 906-914. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01480.x>
- vander Kolk B. A. (1989). The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization, and masochism. *The Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 389-411.
- van der Kolk, B. A. (1996). The body keeps the score. Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 214-241). Guilford Press.
- van Harmelen, A., van Tol, M. J., van der Wee, N. J., Veltman, D. J., Aleman, A., Spinhoven, P., van Buchem, M. A., Zitman, F. G., Penninx, B. W., & Elzinga, B. M. (2010). Reduced medial prefrontal cortex volume in adults reporting childhood emotional maltreatment. *Biol Psychiatry*, 68(9), 832-838. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.06.011>

- Varvin, S. (2003). Extreme traumatization: Strategies for Mental Survival. *International Forum of Psychoanalysis*, 12 (1), 5-12. (1976).
- Varvin, S. (2007, July). *Trauma and resilience*. Paper presented at 45th International Psychoanalytical Association Congress, Berlin, Germany.
- Varvin, S., & Rosenbaum, B. (2015). Trauma: Depletion and resilience. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 34(2), 6-17.
- Winnicott, D. W. (1997). Introdução primária à realidade externa: os estágios iniciais. In D. W. Winnicott, *Pensando sobre crianças*. Artmed.
- Winnicott, D. W. (1956/2000). A preocupação materna primária. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 399-405). Imago.
- Yorke C. (1986). Reflections on the problem of psychic trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 41, 221-236. <https://doi.org/10.1080/00797308.1986.11823458>

Cumulative Trauma: When the Story Survives Between the Relational Repetition of Trauma and the Body

Abstract

In the trauma literature, the dominant conceptualizations describe post-traumatic disorder as a memory disorder. In the context of extensive extra-clinical research and clinical practice, we present a model of trauma-related disorder as an identity disorder, specifically a structural dissociation of the personality. The tertiary structural dissociation is described as associated with early cumulative trauma occurring in a relational context. We present the expression of the psychic narrative in tertiary structural dissociation in two modalities: 1) enactment of dissociated related systems in which the division of multiple representations of the self and objects establish the oscillation between multiple relational systems: victim, persecutor and savior; 2) worries or somatic symptoms with a predominance of a concrete thought that causes the body to be the container of non-elaborated and de-symbolized affects expressed as embodied memories. It is proposed that the relational repetition of trauma in the drama triangle and/or the concerns or somatic symptoms should be analyzed in the transference-countertransference relationship of these patients as a procedure for making explicit the implicit relational systems in the here-and-now. This process helps in the structuring and progressive integration of the dissociated parts of the self that promote the structural change of the psyche.

Keywords

Cumulative trauma, identity, structural dissociation of the personality, trauma triangle, embodied memories.