

Transtorno de estresse pós-traumático: o enfoque psicanalítico

Posttraumatic stress disorder: the psychoanalytic approach

Daniela Meshulam-Werebe^a, Mariana Gonzalez de Oliveira Andrade^b e
Daniel Delouya^b

^aHospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Hospital Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil. ^bFaculdade de São Marcos, São Paulo, SP, Brasil

Resumo Os autores abordam o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e sua importância em termos epidemiológicos e de saúde pública. A seguir, traçam um histórico de como emergiram os conceitos psicanalíticos do trauma psíquico. A importância que Freud atribuiu ao trauma como agente causador da neurose é revisada. É discutida a importância do trauma como uma vivência do mundo interno, não necessariamente calcada em fatos exteriores. A importância do uso de técnicas psicanalíticas para determinados casos de TEPT é salientada.

Descritores Psicanálise. Estresse pós-traumático. Trauma.

Abstract *The authors approach the posttraumatic stress disorder according to its importance within the epidemiologic studies and public health figures. A brief history on how the concepts of psychic trauma developed within psychoanalysis is presented. The importance given by Freud to traumatic events as a determinant of neurosis is revisited. Trauma is discussed as part of the internal world perspective and not as dependent upon the external events. The importance of the use of psychoanalytic techniques to treat some cases of PTSD is highlighted.*

Keywords *Psychoanalysis. Posttraumatic stress disorder. Trauma.*

Introdução

As alterações psiquiátricas mais comuns que ocorrem após eventos estressantes de natureza excepcionalmente ameaçadora são: depressão, uso abusivo ou excessivo de álcool e drogas, reações agudas ansiosas, fobias e crises de pânico. O diagnóstico do Transtorno do Estresse Pós Traumático (TEPT), ocorre em uma pequena parcela dos indivíduos expostos a um evento estressante grave (20 a 30%), sendo rara a apresentação pura.¹

O *National Comorbidity Survey* estima que a prevalência de PTSD durante a vida é de aproximadamente 8% na população geral, sendo mais prevalente em mulheres (10,4%) do que em homens (5%). As experiências traumáticas mais comuns entre os homens são situações de combate e o testemunho de morte ou o ferimento de outra pessoa. Entre as mulheres, são mais freqüentes as situações de estupro, molestamento sexual e abuso físico na infância. Nos países menos desenvolvidos, a causa mais comum é a violência.²

Subjetivamente, os estressores provocam um sentimento de medo intenso, de impotência e desamparo. Objetivamente, pro-

duz grande variedade de sintomas, como dores de cabeça e crônica, síndrome do cólon irritável, fadiga e alterações autonômicas intensas associadas à ansiedade. Também podem apresentar estados dissociativos, que levam a pessoa a reviver as situações traumáticas sob a forma de *flashbacks* e pesadelos.¹ Uma pequena proporção dos pacientes pode apresentar uma cronificação dos sintomas, que culmina na alteração permanente da personalidade.

Trauma e psicanálise

Freud escreve difusamente em sua obra sobre as exposições traumáticas, quando se reporta, em 1893, à histeria e, mais tarde, em 1919, às neuroses de guerra. O trauma, em geral, é relacionado a um *despreparo* do sujeito em absorver ou integrar uma excitação pertencente ao universo psicosssexual. O despreparo faz com que o efeito traumático seja provocado somente depois da introdução nociva do agente causador. Freud chama o período de tempo entre o acidente e a primeira aparição do sintoma de “período de incubação”. Por exemplo, uma menina de oito

anos é bolinada pelo vendedor de balas ao passar, excitado, as mãos sobre a genitália dela. Somente aos 12 anos, ou seja, na entrada da adolescência, assistiremos nela uma reação: uma angústia ao se encontrar, na rua, nas proximidades de lojas. Isto se desenvolve, no decorrer da vida desta paciente, num quadro misto de depressão, fobia e ansiedade. Basta este caso, descrito por Freud em 1895, para entendermos que o efeito propriamente traumático surge quando o sujeito fica suscetível, sexualmente, à compreensão do sentido que o ataque abriga.

A sexualidade, por ser *dissonante do ego*, gera, inicialmente, uma angústia, como estágio primeiro de sua integração no mundo psíquico. Freud entendeu, mais tarde, que o medo ou a ansiedade, à semelhança do que ocorre no reino animal, pertence a um sistema de alerta do ego, funcionando como sinal diante de um perigo, interno ou externo. O segundo grupo de reações pós-traumáticas é o decorrente de situações de impacto em meio à guerra, ao holocausto ou aos acidentes. Nessas circunstâncias (campo de batalha, choque de trens, queda de avião), alguns sujeitos, participantes do evento, passam por um abalo físico inicial que se apaga da sua memória para que logo fiquem desconexos afetivamente do impacto: não sentem nada –dor, pânico ou medo – mas agem mecanicamente ou perambulam desorientados.

As reações esperadas reaparecem somente depois, após anos às vezes, em forma de inibições e restrições funcionais acompanhadas de ansiedades, fobias e visões alucinatórias associadas aos acidentes. Segundo Freud, o acidente, pela magnitude do efeito, estimula uma quota afetiva do instinto sexual que deveria acionar o sistema de alerta, de *angústia-sinal*, em forma de dor, etc.⁵ Mas, nesses sujeitos, a excitação sexual, à semelhança de um vírus irreconhecível pelo sistema imune, escapa ao sistema de alerta, ficando fora dela. O aparelho psíquico recorrerá, então, a um sistema mais primitivo que tenta inserir o estímulo gerado. Freud refere-se, neste caso, a uma espécie de insistência, de *compulsão pela repetição*, que operaria, então, de forma *masoquista* sobre o ego, por exemplo, no retorno coercitivo de imagens violentas dos acidentes, até tornarem-se pesadelos e provocarem angústias e inibições. Os últimos, pesadelo e angústias, são, então, bem-vindos já que assinalam a possibilidade de um trabalho mental para sua integração no universo psíquico.

Os conceitos descritos por Freud podem ser transcritos para os dias atuais. A guerra de 1973, entre Israel, Egito e Síria, gerou, anos depois (15 a 25 anos), um problema grave, inclusive econômico, para as autoridades israelenses. O serviço israelense de psiquiatria teve de emitir licenças médicas de trabalho e indenizações para veteranos acometidos de TEPT, anos depois da guerra. Do ponto de vista psicanalítico estrutural, pode-se dizer que a neurose torna-se possível por um conflito: na neurose de guerra, o conflito seria entre o ego pacífico e um ego belicoso que o repudia. O ego antigo, pacífico, protege-se de um perigo mortal, defendendo-se de um novo ego bélico, protegendo-se em uma neurose traumática.

A neurose, em geral, ocorre por um conflito entre o ego e os instintos sexuais que o primeiro repudia. O perigo residiria dentro do próprio indivíduo. Na neurose traumática (histeria traumática) ou na neurose de guerra, o perigo ocorre

nas experiências assustadoras ou graves acidentes. Ou seja, há também o real perigo externo. Porém, Freud afirma que seria muito improvável que uma neurose ocorresse somente por um real perigo mortal, sem a participação de estados inconscientes mais profundos do aparelho anímico. Na neurose traumática dos tempos de paz, observa-se uma relação entre medo, ansiedade e libido narcísica. O termo neurose traumática não é patrimônio da psicanálise, já tendo sido utilizado em 1884 por Oppenheim.

Observa-se que, nas neuroses traumáticas de guerra, ou de tempos de paz, o ego humano defende-se de um perigo que o ameaça de fora, ou que está incorporado a uma forma assumida pelo próprio ego. Nas neuroses de transferência em épocas de paz, o inimigo é a libido, cujas exigências parecem ameaçadoras. Sendo assim, o ego tem medo de ser prejudicado, por uma violência externa ou pela própria libido.

Um outro fator importante na formação do sintoma neurótico é o ganho secundário imediato trazido pelo sintoma. Na neurose de guerra, por exemplo, o afastamento da frente de combate seria um ganho evidente: afastamento das exigências perigosas e ultrajantes feitas pelo serviço militar; também o medo de perder a própria vida, oposição à ordem de matar pessoas e supressão da própria personalidade pelos superiores.

As neuroses de guerra eram inicialmente consideradas patologias decorrentes de graves danos ao Sistema Nervoso Central (SNC), como hemorragias ou inflamações, porém após investigação anatômica sem alterações nestes pacientes, passou-se a acreditar que ocorriam lesões delicadas nos tecidos sendo as responsáveis pelos danos observados. A outra hipótese, que prevaleceu, foi a de perturbações funcionais, com o SNC intacto. Sendo assim, as neuroses de guerra assemelham-se às neuroses de paz, em que ocorrem perturbações da vida emocional, com conflitos mentais inconscientes.

Como somente a minoria dos soldados apresenta neuroses de guerra, Freud postulou que os motivos evidentes que fariam qualquer soldado saudável desertar ou fingir-se de doente são contrabalançados por outras motivações inconscientes, como: ambição, auto-estima, patriotismo, hábito de obediência e o exemplo dos demais. Tratavam-se os neuróticos de guerra como alguém que se fingia de doente para fugir de seu dever, tentando fazer o contrário: trazê-lo da doença para a saúde com um tratamento elétrico doloroso, associando doença à dor, inclinando a balança a favor da recuperação. O paciente podia recuperar-se, mas o efeito do tratamento era pouco duradouro, levando-o, às vezes, à morte ou ao suicídio. O tratamento visava à recuperação do soldado para voltar à guerra e não o indivíduo para se recuperar de sua doença.

A catarse foi utilizada por Simmel para tratar as neuroses de guerra, sendo o primeiro passo no sentido da técnica psicanalítica. O transtorno do estresse pós-traumático pode ser comparado a “histeria traumática”. Freud utiliza o termo quando o acidente provoca o sintoma. Sintomas histéricos assemelham-se aos sintomas de TEPT, como no caso das alucinações visuais constantemente recorrentes e da desproporção entre a duração de muitos anos do sintoma histérico e a ocorrência isolada que o provocou.

Nas neuroses traumáticas (como no TEPT), a causa não é decorrente do dano físico, mas proveniente da emoção e do susto sofridos. Um ferimento ou dano infringidos simultaneamente, operam, via de regra, contra o desenvolvimento de uma neurose. A ansiedade, medo e susto devem ser distinguidos na etiologia das neuroses traumáticas. A ansiedade é um estado particular de esperar o perigo ou preparar-se para ele, ainda que seja desconhecido. O medo exige um objeto definido do qual se tenha temor. Susto, contudo, é o nome que damos ao estado que alguém fica após entrar em perigo sem estar preparado para ele, dando ênfase ao fator surpresa. Segundo Freud, a ansiedade protege o indivíduo do susto e da neurose traumática.

O estudo dos sonhos de pacientes com neuroses traumáticas possui características de repetidamente trazer o paciente de volta à situação de seu acidente, numa situação da qual acorda em outro susto, o que não seria de se esperar quando se considera a natureza do sonho uma realização de desejos do paciente. Esta situação, portanto, ajudou Freud a desenvolver a sua teoria sobre a compulsão e a repetição, numa tentativa de elaboração do ocorrido, em seu texto sobre o além do princípio do prazer de 1920. A reação do sujeito com seus sintomas é complexa: por um lado, a angústia frente à intrusão do que se reproduz e, por outro, a fascinação pela cena traumática inicial, a fascinação pelo horror.

Qualquer experiência que possa provocar emoções aflitivas, como susto, vergonha ou dor física, pode atuar como trauma dessa natureza, dependendo da susceptibilidade da pessoa afetada. O traumatismo remete à idéia de uma ruptura, que pode ir desde uma ferida até uma amputação. O trauma produz a ruptura da continuidade. É perdida a ilusão de continuidade, como uma suspensão da vida emocional, uma detenção do movimento. O trauma se apresenta, não se representa. As palavras não alcançam forma de descrever as experiências vividas, como se uma parte desta experiência escapara de toda a subjetivação. O trauma é o que não pode ser ligado e integrado nos sistemas mnêmicos, seria o não representado ou o insuficientemente representado, que afeta sempre o equilíbrio narcísista.

No caso da histeria, pode haver vários traumas parciais, sendo as causas desencadeantes, componentes da mesma história de sofrimento. Às vezes, uma circunstância aparentemente trivial se combina com o fato realmente atuante, ou então, ocorre numa situação de peculiar susceptibilidade ao estímulo, atingindo, assim, a categoria de um trauma, que de outra forma não teria ocorrido. Freud avança a hipótese de estados hipnóides, nos quais o indivíduo fica mais susceptível ao desenvolvimento de quadros de histeria, inclusive as histerias traumáticas.

O trauma psíquico, ou a lembrança do trauma, atua como um corpo estranho, que muito depois de sua entrada, continua como um agente que ainda se acha em ação. Há a hipótese de que o trauma reativou um conflito psicológico anteriormente quiescente, embora não resolvido. A experiência de reviver o trauma da infância resulta em regressão e no uso de mecanismos de defesa de repressão, negação e anulação.³ O ego revive e, desta forma, tenta dominar e reduzir a ansiedade. Como na histeria, há o ganho secundário do mundo externo, como compensações financeiras, maior atenção ou solidariedade e sa-

tisfação de necessidades de dependência. Estes ganhos reforçam o transtorno e sua persistência.

A estrutura de personalidade e a história de vida anterior ao trauma interferem diretamente na experiência subjetiva e influenciam o risco de desenvolvimento do TEPT. A capacidade de manejar a agressão depende de fatores de vulnerabilidade prévios, como antecedentes de traumas precoces, vínculos afetivos instáveis e alterações da auto-estima.

A ‘visão de mundo’ dos pacientes costuma ser do tipo “tudo ou nada”. Pacientes que se sentem onipotentes ou impotentes apresentam dificuldades de procurar ajuda quando em face a um estresse.

Pacientes podem desenvolver reações afetivas ao trauma, diferentes. Tais diferenças devem ser consideradas ao planejar o tratamento:¹

1. Para reações centradas no medo, com memórias intrusivas (*flashbacks*), estudos mostram a eficácia de terapias comportamentais.
2. Reações centradas em sentimentos de culpa, vergonha e tristeza, nas quais algo da experiência traumática afetou com grande impacto o senso de ‘*self*’, como se percebiam e como percebiam o outro. Seus sintomas parecem expressar pouco sobre insegurança externa real e muito sobre uma fragmentação de uma sensação de segurança interior. Pacientes com culpa pós-traumática tendem a apresentar ruminações sobre o que levou ao evento catastrófico, sobre como eles falharam em tentar impedi-lo e sobre sentimentos de desesperança e desamparo. Seus pensamentos e sentimentos refletem a ‘morte’ de sua autoconfiança e (ou) auto-estima. Esta apresentação de sintomas foi conceituada como ‘complexo TEPT’ e está associada à exposição prolongada ao trauma (durante dias, meses ou até anos). Neste caso, a primeira exposição ocorre em idade precoce. A terapia mais indicada para a situação seria a psicanalítica, oferecendo ao paciente um *setting* seguro, em que seus sentimentos possam ser explorados. O relacionamento entre paciente e terapeuta provavelmente exercerá papel majoritário no processo terapêutico.

O tratamento do TEPT inclui terapia medicamentosa, terapias cognitivo-comportamental e abordagem psicodinâmica. Há estudos demonstrando que alguns tipos de TEPT respondem pobremente a terapias cognitivo-comportamentais e ao tratamento psicofarmacológico. Pacientes que desenvolvem o TEPT complexo, como mencionado, beneficiam-se de terapias psicanalíticas.^{3,4} Ocorre grande semelhança entre a psicoterapia do ‘complexo TEPT’ e o tratamento analítico de transtornos de personalidade – pode-se perceber uma ligação, pois o trauma precoce é um fator de risco para ambas as patologias.

Freud mencionava a ab-reação, como método eficaz de melhora dos sintomas histéricos. Inicialmente, ele conseguia a reversão dos sintomas por meio de hipnose. Posteriormente, desenvolveu o método da catarse, em que o paciente só melhorava dos sintomas traumáticos quando experimentava novamente a vivência traumática com uma emoção intensa. A recordação do trauma sem a emoção não provocava reversão dos sintomas.

Freud descreveu duas variedades básicas das neuroses trau-

máticas: uma individual e outra que se refere a um marco mais amplo, como as neuroses de guerra. Outros autores propõem outras duas alternativas: as neuroses traumáticas familiares e as derivadas de herança orgânica, mostrando, assim, como esta questão é ampla e pode ser abordada de várias maneiras, permitindo que conteúdos inexplorados sejam examinados a partir dos sintomas da neurose traumática. O trauma remite a idéia de um sujeito que é inundado por uma vivência do real que o invade. O traumático paralisa e habilita ao mesmo tempo, dando ao sujeito a oportunidade de se aproximar de um conhecimento alheio até aquele momento, assim como a criação de algo novo, impossível de imaginar antes.

Alguns autores, como Garfield & Leveroni, descrevem vantagens do uso de conceitos autopsicológicos no tratamento de

veteranos combatentes com TEPT. A visão psicanalítica clássica do TEPT compreende o TEPT como um tipo de neurose narcisista. Porém, observa-se que a personalidade do indivíduo necessita de uma inteira reabilitação, enfatizando que o foco de tratamento no dano ao *self* seria primordial e alterações em outros sistemas psicológicos, ainda que importantes, seriam secundárias.⁴

Após esta exposição, em que se observam as várias facetas do trauma, sob um ponto de vista mais amplo, além do conteúdo manifesto que ele traz, sugere-se que, ao receber um paciente vítima de um Transtorno de Estresse Pós-Traumático, considerem-se as questões latentes do indivíduo, como sua infância, sua estrutura psíquica e questões que vieram a superfície trazidas pelo trauma que desestabilizou o equilíbrio anterior.⁶

Referências

1. Adshad G. Psychological therapies for post traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry* 2000;177: 144-8.
2. Davidson JRT, Connor KM. Management of post traumatic stress disorder: diagnostic and therapeutic issues. *J Clin Psychiatry* 1999;60(Suppl 18): 33-8.
3. Saporta J. Psychodynamic psychotherapy for PTSD. *J Clin Psychiatry* 2000;61(10):787-8.
4. Kinzie JD. Psychotherapy for Massively Traumatized Refugees: The Therapist Variable. *Am J Psychotherapy* 2001;5(4):475-90.
5. Resnizky S. Análisis de una neurosis traumática. *Psicoanálisis APdeBA* 2001;23(1):135-53.
6. Tucker P, Trautman R. Understanding and treating PTSD: past, present and future. *Bull Menninger Clin* 2000;64(3 Suppl A):A37-A47.

Correspondência: Daniela Meshulam-Werebe
Av. Albert Einstein, 627/701 Morumbi - 05651-901 São Paulo, SP, Brasil