

3,15

Livro Anual de Psicanálise XX – 2006

International Journal of Psycho-Analysis



O CONCEITO DE TRAUMA PSÍQUICO: UMA PONTE NO ESPAÇO INTERDISCIPLINAR

JUAN CARLOS TUTTÉ, MONTEVIDÉU

Introdução

O mundo está ficando cada vez mais traumático para a humanidade, uma verdade que se evidenciou mais uma vez após os eventos trágicos de 11 de setembro de 2001 e de suas consequências devastadoras. O interesse pelas consequências deste tipo de evento não é novo para a psicanálise. Há quase um século, as “neuroses de guerra” da I Guerra Mundial levaram os psicanalistas a voltar sua atenção para as experiências traumáticas como deflagradoras de neurose. Contudo, essas experiências traumáticas propõem questões que ainda carecem de respostas satisfatórias: os eventos, só por sua magnitude, podem causar uma ruptura do equilíbrio psíquico? É possível pensar a respeito de uma situação traumática a partir de um ponto de vista puramente econômico? Se assim for, podemos esperar que todos os sujeitos reajam a ela da mesma maneira?

O trauma psíquico sempre envolve uma interação entre o mundo interno do sujeito e o “fora”. Não podemos conceber o trauma psíquico ocorrendo exclusivamente com base num evento externo atual, não importando quão violento este possa ser. Tal conceituação equivaleria à negação do pessoal – a “bagagem” individual subjacente à reação de cada pessoa – e, basicamente, negar a participação do inconsciente. O conceito de trauma psíquico implica uma interação oscilante e contínua entre os mundos interno e externo ou, mais especificamente, o que é reconhecido como resultado traumático conseqüente de uma interação específica entre os fatos externos e a maneira pela qual são vividos psiquicamente. Por esta razão, os psicanalistas precisam usar conceitos relativos ao relacionamento único entre os mundos interno e externo de cada pessoa. Tenhamos sempre em mente, então, que a intersecção complexa destas duas realidades que se impõem, tanto pelo “fora” como pelo “dentro”, ameaçam o sujeito. Conceber, como Freud fez, uma entidade psicopatológica – neurose traumática – operando de forma totalmente independente do sistema inconsciente e do conflito psíquico, não apresenta um problema pequeno para a teoria da psicanálise.

A própria preocupação de Freud com isto levou-o a classificar a neurose traumática como “uma exceção para as suas relações com os determinantes da infância que até aqui escaparam de uma investigação” (1938, p. 184). Certamente estas palavras, entre as últimas que ele escreveu durante a vida, testemunham a ambigüidade de Freud quanto ao tópico. Lembremos que o trauma psíquico, que apareceu nos primórdios da psicanálise como fator desencadeador de sintomas neuróticos, logo passou a ser portal e caminho para novas descobertas. A partir deste ponto de vista, a teoria do trauma se tornou um trauma para Freud em sua teoria – algo que ele não conseguiu elaborar apropriadamente.

Até aqui, temos a primeira parte de um exercício intelectual que, deixado por sua própria conta, poderia progredir para uma discussão situada exclusivamente dentro da esfera analítica. Mas ir por esse caminho seria correr o risco infeliz de nos escondermos em nossas instituições e de procurar uma conquista solipsista de um método analítico puro, isolado de outras contribuições. Uma possibilidade alternativa é tentar seguir os avanços inegáveis que a realidade externa nos apresenta; porque, como teoria, disciplina, Instituição, defrontamo-nos com o desafio de um diálogo contínuo com outras escolas de conhecimento: de fato, o progresso da teoria e da técnica analítica deve ocorrer nas "fronteiras" da psicanálise. Assim, usando o tema do 43º Congresso da IPA de Nova Orleans, "Trabalhando nas fronteiras", parece correto contemplar uma abordagem interdisciplinar que tente comparar a teorização psicanalítica acerca de trauma psíquico com o conceito de transtorno de estresse pós-traumático, uma idéia de importância fundamental a partir do ponto de vista da psicopatologia.

Estou consciente de que o conceito de estresse não faz parte do universo conceitual básico da psicanálise. Mas decido empregá-lo visando estabelecer uma troca mais aberta com as disciplinas afins e evitar as armadilhas de um diálogo endogâmico. Deste modo, o objetivo deste artigo é tentar um diálogo interdisciplinar, usando o conceito de trauma psíquico como "ponte". A primeira parte do artigo lança luz às vicissitudes do conceito de trauma psíquico do pensamento de Freud, seguido de uma discussão sobre o pensamento pós-freudiano relativo ao mesmo tópico. A partir da justaposição de, e do diálogo entre, estas idéias e a idéia de transtorno de estresse pós-traumático na psiquiatria, surgem noções interessantes dos conceitos de trauma, de situação traumática e de espectro patológico. Na segunda e principal parte deste artigo, tentarei conduzir um diálogo entre a psicanálise, por um lado, e a psiquiatria e a neurociência, por outro, com relação ao estado atual das idéias interdisciplinares sobre trauma, emoção e memória. Na discussão final, examinarei as implicações possíveis de toda esta teoria na prática psicanalítica.

Esta abordagem não procura negar a validade especial de um dado conceito dentro dos confins de sua disciplina original. Em vez disso, aceita o convite que cada disciplina possa e deva estender às outras para procurar, de dentro de seu próprio campo, algo externo a ele que poderia auxiliar no progresso do seu próprio corpo de conhecimento. Não defende a adoção, por atacado, dos métodos de outras disciplinas; em vez disso, convida cada uma das disciplinas a examinar diferentes conceitos com seus próprios métodos. Acredito que nem todos os psicanalistas aprovem e queiram partilhar das idéias engendradas por esta abordagem.

Há alguns anos, esperando encorajar a comunicação com campos paralelos e contíguos, o *IJPA* criou um espaço para artigos breves, informando os psicanalistas a respeito do conhecimento científico básico acumulado por disciplinas que, à primeira vista, poderiam parecer inteiramente desconectadas da nossa. Olds e Cooper (1997, p. 219) usaram o termo "fertilização cruzada" para descrever o que pode ocorrer no campo interdisciplinar, aludindo às idéias criativas freqüentemente encontradas nos cruzamentos de interações mútuas, ocasiões em que uma disciplina pode ser reforçada pelas descobertas e contribuições de campos contíguos. Os dois autores citam um número crescente de psicanalistas que vêm estabelecendo contatos frutíferos com as disciplinas vizinhas, tanto científicas como humanistas, porque "é nossa tarefa ajudar a construir estas pontes" (p. 220).

Retornando ao tema original, o conceito de trauma, no meu modo de entender, é perfeitamente adequado para essa tentativa de diálogo interdisciplinar. Não basta que as teorias estejam lá, esperando ser descobertas; também precisamos, como pesquisadores, construir pontes, usando as conexões que consideramos relevantes para os fenômenos que estamos estudando, mesmo quando se mostra difícil viver com as incertezas que poderiam ser produzidas por esta ponte. Ecoando Eizirik (2000, p. 52), a questão é se "a psicanálise ainda é importante para a nossa cultura." Na minha opinião, a resposta dependerá muito da capacidade da psicanálise de receber e de se enriquecer com as contribuições de outras disciplinas e, igualmente, de contribuir para o enriquecimento destas por meio de seus próprios achados.

Parte I: As vicissitudes do conceito de trauma psíquico no pensamento de Freud

Dado o grande número de autores que escreveram sobre este tópico, tentarei fazer apenas uma revisão ligeira, observando os aspectos principais das incursões de Freud e suas reavaliações do conceito de trauma psíquico. Antes de 1900, Freud (1893-5) deu uma definição metapsicológica essencialmente econômica de trauma – como sendo “um excesso de excitação que não pode ser descarregado por meio de um canal motor ou integrado por uma associação. O “abandono” subsequente da teoria da sedução levou a um interesse crescente pela importância da vida de fantasia e da realidade interna, bem como por uma tentativa gradual de redefinir realidade externa e interna. Assim, ao mesmo tempo em que mantinha uma definição econômica, Freud começou a ver uma intersecção destas duas realidades que situam o sujeito, a partir de dentro e a partir de fora: “Se realmente ocorreram, tanto melhor; mas se não confirmadas pela realidade serão juntadas aos indícios e completadas pela fantasia” (1917, Conferência XVIII, p. 370).

Mais tarde, o trauma reivindicou sua posição importante no pensamento de Freud (1920). Certamente houve um retorno à idéia antiga de trauma, apesar de ter, agora, um caráter mais complexo, após as elaborações geradas pelas mudanças conceituais implícitas no segundo modelo topográfico e na nova teoria das pulsões – as idéias de “ligação” e de “repetição”. O conceito de trauma psíquico como alguma coisa criada por uma falha pareceu reclamar seu lugar, apesar de ser enriquecido pela adição de outro conceito de importância teórica fundamental: a pulsão de morte e a compulsão à repetição.

Em “Inibição, sintoma e angústia” (1926), o conceito apareceu reestruturado pela última vez, agora relacionado com a ansiedade e o conflito psíquico, também com alterações do ego e o caráter interestrutural de todas as situações traumáticas. Em “Moisés e o monoteísmo”, Freud reconheceu que as neuroses evidentemente são conseqüências de experiências e impressões que nós corretamente vemos como traumas etiológicos, e que estas experiências são “impressões de natureza sexual e agressiva e, sem dúvida, também de danos precoces no ego (mortificações narcísicas)” (1939, p. 74) – conceitos que não excluem o fator econômico.

Freud oscilou entre uma definição de trauma apenas como economicamente derivada e outra definição em que o que importa é o conflito, que é gradativamente sobredeterminado e eventualmente predomina, resultando na integração de dimensões econômicas e dinâmicas. No que se segue, observo certas idéias fundamentais como pontos nodais que inflexionam e limitam o aspecto econômico do trauma conforme evoluiu no pensamento de Freud – idéias que o leitor deveria ter em mente por todo este artigo.

A posteriori

Este conceito não só retém sua importância, mas agora também tem sido aprofundado, capacitando-nos a manter a idéia de Freud quanto à necessidade de duas cenas ou dois momentos na constituição (e elaboração) de um trauma.

Como é explicado por Laplanche e Pontalis (1973, p. 111), que ressaltaram a sua importância primordial, este conceito não alude só à ação retroativa* – isto é, a uma causa que continua latente até encontrar oportunidade de se apresentar – mas a uma retroação, uma volta do presente para o passado, rompendo o tempo cronológico e a causalidade mecânica, em favor de um conceito de causalidade dialética e de um modelo de tempo em que passado e futuro se condicionam mutuamente e se modulam reciprocamente quanto ao seu significado, no ato de estruturação do presente.

* No original, *deferred action* (N. da T.).

Séries complementares

Esta idéia, expandida por Freud nas suas *Conferências* (1917), ainda é importante, embora complicada de usar, porque, implicitamente, localiza o trauma em dois pontos diferentes da série: tanto no nível infantil (através da constituição ou da experiência) quanto no nível do acaso – inclusive o adulto – subsequente, que produz o trauma retroativamente, descentrando a ação de um momento só mecânico e econômico e movendo-a na direção de uma construção que dá um significado novo para a experiência infantil.

Pulsão de morte

A necessidade de entender a relação entre os traumas psíquicos infantis e os traumas psíquicos capazes de desencadear neuroses de guerra, em conjunção com outras idéias que ele estava examinando na época, levou Freud a introduzir um conceito que era destinado a modificar o edifício teórico geral da psicanálise e especialmente da teoria do trauma: a pulsão de morte e a compulsão à repetição.

É muito difícil conceber uma situação traumática em que essa pulsão não esteja envolvida, apesar da controvérsia gerada entre os psicanalistas relativa à idéia da pulsão de morte. O fato é que Freud, através desse conceito, introduziu idéias cruciais para o entendimento da situação traumática e sua possível elaboração – tal como os conceitos de ligação (*Bindung*) e de elaboração psíquica (*Verarbeitung*), operando como um conjunto interativo.

O arcaico

Estou interessado em considerar *arcaico* o que, tendo falhado antes quanto a ser processado psiquicamente, persistiu subsequente e permaneceu nos estratos inconscientes mais profundos do aparelho psíquico, não-elaborado, como cisto, marca, corpo externo. Marcas ou cistos foram definidos em termos equivalentes a “um buraco sem história” (Baranger et al., 1987, p. 768), “uma falta básica” (Balint, 1969), relacionados com o “negativo” (Green, 1979) ou, como Bion (1962) prefere, “vestígios”. Uriarte de Pantazoglu (1991) fala de “fios rompidos que não compõem um tecido”, e Schkolnik (1995), “o arcaico”. A quantidade de autores que vêm se envolvendo com este tópico atesta sua importância atual.

De acordo com o meu entendimento, que também está refletido no uso do termo aqui, o arcaico se refere às impressões iniciais que não podem ser processadas pelo funcionamento do ego normal, porque o ego, imaturo e indefeso, é incapaz de integrá-las, por não entender o seu significado. Assim, ficam no inconsciente como alguma coisa operativa, mas irrepresentável, que foi impossível elaborar parcial ou totalmente, em equilíbrio instável, pronta para uma desorganização posterior e que, justamente por todos estes fatores, adquire um caráter potencialmente traumático. É um conceito que se refere a um fenômeno estritamente não-verbal, algo que irrompeu na mente marcando um profundo déficit na capacidade de representação. Devido à importância desta dimensão arcaica como alguma coisa descontextualizada no processo de estruturação do aparelho psíquico, tentarei examinar e integrar este conceito no curso do desenvolvimento de algumas idéias que estou tentando aqui elucidar.

Freud-Ferenczi e os autores pós-freudianos

A teoria do trauma generalizado ou “trauma ampliado” (Freud, 1926) vem à mente. Em termos psicanalíticos, o trauma sempre é uma situação traumática da infância, uma situação sempre complexa que tanto envolve o mundo interno quanto o externo, que ativa a fantasia e que, essencialmente, não só põe o sujeito em dificuldades, mas também induz a uma falha na sua barreira antiestímulos, além de também engendrar crucialmente o *desamparo* (*Hilflosigkeit*).

Possivelmente esta seja a característica essencial do desamparo e da vulnerabilidade, no nascimento, que levou muitos psicanalistas a revisar os fatos clínicos ao longo de cinquenta anos para refletir sobre a importância deste desamparo traumático nos primeiros estágios da vida do bebê, quando a necessidade de depender de outra pessoa constitui um elemento essencial na estruturação da mente. No entanto, a importância que Freud *quase sempre* atribuiu à individualidade do sujeito e, fundamentalmente, ao espaço intrapsíquico, talvez tenha feito parte do desacordo com Ferenczi, que insistia que havia um fator traumático *real*, operando como desencadeante, em qualquer situação psicopatológica. Assim, em 1933, Ferenczi escreveu a Freud que este tinha "subestimado as experiências traumáticas reais de todo o período da primeira infância, admitindo uma posição privilegiada para a fantasia e para o conflito intrapsíquico" (citado em Muñoz, 1996, p. 73).

Era desnecessária a controvérsia bem conhecida de Freud e Ferenczi, apresentando a possibilidade assustadora de que Freud pudesse recuar à sua antiga teoria, de 1897, a respeito do trauma. Na realidade, as hipóteses propostas por Ferenczi eram apenas uma extensão direta do pensamento freudiano, assim como algumas das suas próprias idéias puderam ter um impacto tremendo na psicanálise contemporânea. Em um de seus escritos mais emblemáticos, "Confusão de línguas entre os adultos e a criança", Ferenczi (1949) atribuiu aos objetos externos um papel determinante na estruturação do aparelho psíquico da criança, destacando como a realidade psíquica do outro pode gerar o trauma, quando este assume o poder de dar (ou impor) seus próprios significados, não somente sobre o evento traumático, mas a toda a vida do sujeito. Para Ferenczi, o trauma exprimia uma perturbação na comunicação entre a criança e o adulto, isto é, uma "confusão de línguas" (1949, p. 229), no sentido de um mal-entendido mútuo e uma comunicação falha. Fica claro, então, que suas idéias, longe de serem retrógradas, fazem parte do pensamento psicanalítico contemporâneo. Definitivamente, as idéias de Ferenczi estão imbricadas em muitas linhas do pensamento psicanalítico atual: em Mahler, Winnicott, Balint, Bowlby, Spitz, Kohut, Aulagnier e em muitas idéias subjacentes na terapia familiar e de casal. Também têm uma importante presença em Lacan, Laplanche e autores pós-kleinianos como Bion, Meltzer e Bick – autores que reconhecem a contribuição* da figura materna e estimulam nosso pensamento sobre situações traumáticas iniciais. A integração do que Freud propôs como sendo as idéias dele com a de outros autores que investigam diversos aspectos deste problema abre caminho para uma reformulação, tanto da metapsicologia da teoria do trauma quanto da prática clínica a ela relacionada.

Gostaria de descrever agora a série de traumas que as crianças experimentam durante os primeiros anos e a sua relação não só com a mãe, mas também com o pai e o meio em geral. Estou me referindo a todas aquelas linhas de pensamento analítico que dão mais importância ao papel da dimensão externa, ao outro, à linguagem e ao meio. Muitas vicissitudes geram traumas na infância: o mau tratamento, não ser entendido, violência dos pais, irmãos ou cuidadores, falta de conexão com as necessidades da criança, excessiva estimulação sexual e pobreza extrema, miséria, fome, e assim por diante. Todas estas circunstâncias e muitas outras similares constituem situações traumáticas correntes, que, na maioria dos casos, ocorrem todos os dias e são repetidas anos a fio, nos primeiros estágios de vida, deixando uma marca indelével. Portanto, ao falar de trauma, estamos pensando em um ou em diversos traumas?

Na conceituação psicanalítica o modelo de um evento predominante pode facilitar uma sucessão de eventos, especialmente durante os primeiros anos de vida, sendo este o período de maior vulnerabilidade psíquica. Pertinente, aqui, é a idéia de Khan de "trauma cumulativo" como sendo decorrente de:

... falhas no papel da mãe como concha protetora de todo o curso do desenvolvimento da criança, da infância à adolescência ... estas falhas, ao longo do tempo e através do processo

de desenvolvimento, acumulam-se silenciosa e invisivelmente ... o uso da palavra trauma, no conceito de trauma cumulativo, não deveria nos desviar do exame destas falhas no papel da mãe enquanto concha protetora como traumática na época ou no contexto em que acontecem. Elas só atingem o valor de trauma em termos cumulativos e em retrospecto. (1963, p. 290-1)

Entretanto, estamos nos referindo exclusivamente à mãe. E quanto ao pai? E o meio? Acevedo de Mendilharsu lança luz no papel do pai, neste processo: "a criança não precisa assumir totalmente a organização libidinal da mãe ou ser o seu objeto libidinal exclusivo; em vez disso, atrás da criança, e além dela, o pai precisa estar como elemento-pivô e ser o terceiro na economia libidinal da mãe" (1988, p. 318). A hipótese da *falta básica*, de Balint (1969), refere-se a um déficit na empatia entre a mãe e a criança; a origem da falta básica é a adaptação defeituosa da criança às pessoas do seu meio. Para Balint, o trauma envolve as figuras mais íntimas da criança, e este meio passa a fazer parte da estrutura do seu ego. García Reynoso pergunta o que acontece quando, em situações de abandono social extremo, os pais são incapazes de agir como apoio de vida para os filhos. Ele afirma que "uma situação traumática externa, quando não pode ser simbolizada, passa a ser um trauma interno por ser interiorizada; adquirirá o valor de trauma caso se mostre impossível de ser metabolizada, simbolizada e transformada em pensamento e ação" (1992, p. 6). Bernardi, aludindo, entre outras coisas, ao "apoio social", definido "como uma função do grau de apoio emocional, material e de informação que o sujeito encontra por meio da sua inserção na rede social" (1988, p. 19 e seguintes), mostrou como a privação decorrente da pobreza afeta o desenvolvimento da criança.

O espectro psicopatológico: I

Todas as formações psicopatológicas, bem como as técnicas normais de controle, pretendem a prevenção do aparecimento de formas extremas de ansiedade – ansiedade tão primitiva que só pode ser descrita em termos econômicos. "Só podemos caracterizar esta forma de ansiedade automática como o trauma inicial, trauma puro, sem significado, totalmente disruptivo" (Baranger et al., 1987, p. 766). Esta "experiência traumática", nas palavras de Benyakar, "inundada pela ansiedade automática, destituída de representação, é a lacuna psíquica que impossibilita o sujeito de pensar sobre ou retirar um significado a partir de um evento que ocorreu" (1988, p. 22). No entanto, como vimos, o trauma sempre envolve as pessoas mais próximas. Este é o meio, que, desde o começo, faz parte da própria estrutura do ego e que desempenhará um papel fundamental no processo de desenvolvimento e de estruturação psíquica.

Lichtman (2000) menciona as "deficiências estruturais primárias" neste processo de elaboração, e Stern (citado em Altmann de Litvan, 1995) refere-se a traumas primários que são normais no desenvolvimento, distinguindo entre "traumas primários normais" e "traumas secundários patogênicos": os traumas primários podem ser transformados em secundários como resultado da interação das influências do meio e dos fatores constitucionais. Green denominou estas feridas narcísicas de "aderências", isto é, zonas sensíveis e vulneráveis que "criam uma carapaça preventiva, protetora e narcísica contra traumas, mas ao preço de uma esclerose mortificante que mina o prazer de viver" (1979, p. 115). Considerando estas alterações do ego, é provável que sejamos todos expostos a estes "traumas constituintes precoces" (Aduriz Ugarte, 1996). Isto leva à recuperação, a partir de diversos esquemas referenciais, da idéia de "situação traumática", diferenciada da de "trauma" como situação patogênica. Na minha opinião, este esclarecimento leva a um entendimento mais preciso do que é essencialmente traumático no domínio clínico da psicanálise.

Na *situação traumática*, um trauma pode ser entendido como sendo *necessário* porque, pela separação da criança da fusão materna, facilita a organização adequada da mente da criança e de sua inscrição na ordem simbólica. No caso de um *trauma*, toda evidência indica que, em tais situações,

falhou o dito processo que estrutura e organiza a fantasia da criança, proporcionando o surgimento de espaços psíquicos mais ou menos substanciais nos quais o sentido não pôde se dar e que se referem às formas arcaicas acima mencionadas. Esta experiência é traumática por ser inundada de afeto e vazia de cenário, criando um déficit marcante na capacidade de representação.

Pode ser útil introduzir, aqui, o conceito de *espectro patológico* para dar conta de uma situação em que, num extremo, temos traumas paralisantes, invasivos e desorganizadores e, em outro, traumas construídos em uma historização temporal aberta. Entre um extremo e outro existe, como se pode entender prontamente, toda sorte de situações intermediárias, produzindo um dano psíquico maior ou menor, desde “estados mais ou menos leves que formam sintomas na organização da neurose, até os que passam a ser verdadeiras lacunas de simbolização, podendo chegar ao silêncio psíquico da psicose” (Casas de Pereda, 1996, p. 40). Como entendo a descrição eloquente de Casas de Pereda, este alude a um fenômeno que cobre um amplo espectro, desde situações psicopatológicas mais benignas até as que atestam um verdadeiro colapso psíquico, no qual o aparelho mental geralmente falha no processamento do evento traumático. Muñoz descreveu corretamente esta situação como “as mil faces do trauma precoce” (1996, p. 74), aludindo às diversas maneiras pelas quais a psicopatologia se desenvolve no contexto da multiplicidade das existências individuais.

Parte II: Transtorno de estresse pós-traumático

Agora, examinarei o transtorno de estresse pós-traumático, que o DSM-IV (1994), com o objetivo de estabelecer uma terminologia padronizada geral, identifica como sendo um transtorno de ansiedade.

Crítérios diagnósticos

Tentarei fazer um breve sumário dos indicadores diagnósticos importantes, de acordo com o DSM-IV (p. 424):

1. O *antecedente visível* de ter sido exposto a um evento traumático intenso, caracterizado pela morte ou ameaças à integridade física do sujeito ou de outros. A pessoa, diante disto, *responde* com reações de medo intenso, desespero ou horror.
2. Os *sintomas característicos* incluem a revivência do evento traumático, através de lembranças recorrentes, invasivas e dolorosas, durante devaneios ou na forma de pesadelos. Os estados de dissociação também podem ocorrer, durando alguns minutos e até dias. O embotamento psíquico ou a anestesia afetiva e a ativação do sistema nervoso autônomo (hiperatividade, irritabilidade e alterações de sono) podem acompanhar os sintomas.
3. São sistematicamente evitadas as situações reminiscentes do trauma original.
4. Outros sintomas podem ocorrer, com sentimentos de culpa, depressão, ansiedade, ataques de ansiedade, vergonha e raiva, abuso de substâncias, conduta autodestrutiva e tentativas de suicídio.

Etiologia

Ao lado dos aspectos clínicos, também é interessante levar em conta certas considerações etiológicas. Nosso primeiro porto é o *American Psychiatric Press textbook of psychiatry*, que afirma: “este relacionamento entre a gravidade do estressor e o tipo de sintomatologia subsequente nem sempre é previsível” (Hales et al., 1999, p. 546). Isto leva inexoravelmente à consideração da idéia de reatividade, que é a inter-relação entre um fator desencadeante e um de predisposição; a pessoa sempre reage de maneira individual – uma idéia totalmente oposta à de que causas idênticas produzirão efeitos idênticos.

Para Kaplan e Sadock (1998), embora a presença de um estressor seja necessária, ela não será suficiente para provocar o transtorno. Os clínicos também precisam levar em consideração os fatores psicológicos ou biológicos preexistentes. Esses autores também consideram que a pesquisa recente tem posto mais ênfase na reação subjetiva de cada pessoa, aludindo a fatores de predisposição que indicam vulnerabilidade. Também levam em conta o interjogo permanente dos mundos externo e interno, sublinhando que o que é traumático decorre de uma interação específica entre os fatos e o modo pelo qual são experimentados psiquicamente. Assim sendo, uma guerra, um acidente ou a morte de uma pessoa amada serão traumáticos para alguns, mas não para outros. Deve ser por essa razão que Benyakar (1998), remetendo-nos aos fatos, insiste em que usemos o conceito de situações disruptivas, indicando que estas, devido às suas características, atuam como ameaças à psique. Ele usa este conceito para estabelecer um paradigma operacional.

A apreciação de Gabbard (2000) é de que a pesquisa recente está de acordo com o consenso crescente de que o transtorno de estresse pós-traumático depende mais de fatores subjetivos do que da gravidade do estressor. Agora, à primeira vista, o DSM-IV não parece ressaltar a resposta subjetiva do indivíduo ao evento. Todavia, através de uma leitura cuidadosa, os dois critérios diagnósticos para o estressor parecem refletir a importância da pesquisa psicodinâmica acurada dos significados atribuídos ao evento pelo paciente e das vulnerabilidades específicas do paciente ao evento, quando diversos desencadeadores do meio são avaliados. Assim, é possível concluir que "para que os sintomas surgissem, foi necessária uma predisposição pessoal para desenvolver um transtorno de estresse pós-traumático" (Gabbard, 2000, p. 253). Ademais, sabe-se que a maioria das pessoas não desenvolve um transtorno de estresse pós-traumático mesmo quando diante de um trauma terrível, e que, por outro lado, eventos aparentemente não tão sérios podem desencadear o transtorno em certos indivíduos, devido ao significado subjetivo que estes possam lhes atribuir. De acordo com Gabbard, a visão psicodinâmica moderna de transtorno foi influenciada substancialmente pelo trabalho de Krystal, para quem "o trauma psíquico da infância resulta numa *detenção* do desenvolvimento afetivo, enquanto o trauma da idade adulta leva a uma *regressão* do desenvolvimento afetivo" (p. 254). De acordo com o DSM-IV, é importante diferenciar cada diagnóstico, porque, juntos, eles mostram toda a série de transtornos mentais, dos transtornos maiores aos transtornos adaptativos, refletindo os índices de vulnerabilidade ao estresse dos indivíduos. Neste sentido, vale observar que Hollander et al. apontam que atenção cada vez maior está sendo dada a "um conceito de transtornos de 'espectro de trauma', que resultam basicamente de um abuso intrafamiliar crônico, na infância, e que compreende diversas manifestações, tais como transtorno fronteiro de personalidade e transtorno de personalidade múltipla" (1999, p. 610).

O espectro psicopatológico – II

No final da primeira parte deste artigo, é importante tentar estabelecer pontos de contato entre estes conceitos atuais de psiquiatria e as idéias psicanalíticas propostas no começo. Tendo isto em mente, abordarei um aspecto do diálogo que certamente servirá de *ponte*: tentarei relacionar a idéia de *espectro do trauma*, presente no *Textbook of Psychiatry* (Hales et al., 1999) e que denominei de espectro psicopatológico.

O que entendemos por espectro de trauma? Hales et al. (1999) mencionam o abuso intrafamiliar crônico na infância, acompanhado de uma variedade de manifestações, como o transtorno fronteiro e o transtorno de identidade múltipla. Se observarmos os vários diagnósticos que podem ser confundidos com o transtorno de estresse pós-traumático, o panorama fica ainda mais amplo, com uma psicose reativa breve, num extremo; transtorno de estresse agudo, luto mal elaborado e transtornos de ansiedade e de humor na linha mediana; e, no outro extremo, os transtornos adaptativos, definidos como reações não-adaptativas a um estresse social identificável, afinal sendo diferente em que "o estressor no transtorno de adaptação, em geral, é menos grave e está dentro de uma série de experiências comuns; e os sintomas característicos do transtorno de estresse pós-

traumático, tal como a revivência do trauma, estão ausentes" (Hollander et al., 1999, p. 617). Kaplan e Sadock (1998) mencionaram o CID-10, que apresenta os transtornos adaptativos na mesma classe que as reações graves de estresse; e inclui o transtorno de estresse pós-traumático nessa mesma categoria. Isto mostra que as variações individuais desempenham um papel no aparecimento e gravidade desses transtornos, da mesma maneira que a grande variedade dos estressores.

O transtorno adaptativo, por outro lado, é um diagnóstico fronteiriço com problemas taxonômicos e de diagnóstico consideráveis. Isto indica que os transtornos localizados numa área difusa de diagnóstico, entre o comportamento normal e os transtornos maiores, não são bem definidos, sobrepõem outros grupos de diagnóstico, são reconhecidos pelos sintomas que se apresentam de modo impreciso e são, finalmente, problemáticos com relação à confiabilidade e à validade. As características dinâmicas e etiológicas do transtorno adaptativo tornam-no uma categoria diagnóstica fascinante, uma área-chave entre normalidade e doença. Também precisamos levar em conta o "significado" dos eventos para o indivíduo, o que leva à questão da descrição e da localização do limiar além do qual um indivíduo é considerado paciente. Em outros aspectos, o DSM-IV não oferece critérios, e fornece diretrizes muito imprecisas para quantificar os agentes estressores do transtorno adaptativo ou para avaliar seu efeito ou significado para o indivíduo em um momento específico. Apesar do estresse ter sido descrito como o agente etiológico deste transtorno, estão implicados diversos modificadores e variáveis. Para Kaplan e Sadock, os fatores psicodinâmicos relevantes são, entre outros, "a natureza do estressor, os significados conscientes e inconscientes do estressor e a vulnerabilidade preexistente do paciente" (1998, p. 770).

A pesquisa do construto atual de estresse tem sido descrita desse modo porque a idéia de "estressor" é complexa. Ela combina intensidade, quantidade, duração, reversibilidade, meio e contexto pessoal. Apesar do limite superior ter sido estabelecido para as síndromes maiores, o limite inferior do transtorno adaptativo não o foi. E a questão do que é "normal" não foi oferecida com critérios operacionais. Isto ilustra o problema relativo a "limites", um desafio para os futuros editores do DSM.

Estudos de casos

Os transtornos acima mencionados, que Kaplan e Sadock acreditam "que uma pessoa leiga chamaria de calamidade pessoal" (p. 770), deveriam ser inseridos em uma lista do que se conhece classicamente como personalidades neuróticas, nas quais há uma história de conflitos que são mantidos em um estado de compensação maior ou menor com relação aos eventos vitais que poderiam agir como desencadeadores de sofrimento e de patologia, dependendo da circunstância. Gostaria de ilustrar estas idéias com umas vinhetas clínicas adaptadas a uma nosografia estritamente psiquiátrica.

Caso 1

O paciente, de 31 anos, foi hospitalizado no Hospital Vilardebó, na ala de prisioneiros, em 1980, época da ditadura militar, quando a população vivia com medo. Tinha sido pego pela polícia roubando um depósito de pneus e levado para a delegacia, onde foi ameaçado de tortura e morte. Horas depois, foi diagnosticado como psicótico e encaminhado de volta para o hospital psiquiátrico. Quando cheguei, encontrei um homem jovem, totalmente desorientado, seu rosto era uma máscara de terror, olhando à volta com desconfiança. Tinha delírios de perseguição e acreditava que ia ser executado, apesar de não saber por quem ou por quê. Não sabia onde estava e não se lembrava de nenhuma das circunstâncias que o tinham levado lá. Vinha recebendo tratamento com neurolépticos há dois dias, e estava começando uma série de micronarcolepsias. Comecei conversando com ele, tentando acalmá-lo, explicando as circunstâncias da sua prisão, o que ele ouviu com muita dificuldade. Consegui ajudá-lo a reconhecer suas experiências e a diminuir seus sentimentos intensos de terror. Gradativamente, o paciente se acalmou, lembrando-se dos detalhes de como e quando tinha sido

capturado, organizando os pensamentos e as lembranças e, finalmente, recuperando por completo uma percepção clara e fazendo uma reconstrução total dos eventos em questão. Foi dado o diagnóstico de episódio psicótico agudo, motivado pelo antecedente claro de ter sido exposto a uma situação de terror.

Caso 2

Gabriela, de 56 anos, casada, com três filhos e uma neta, começou sua transformação depois que ela e o marido foram atacados. O marido recebeu dois tiros e foi deixado à morte; os assaltantes bateram nela de modo brutal e, finalmente, tentaram passar por cima de seu corpo inconsciente com o carro, tentando "acabar com ela", como ela acreditava tê-los ouvido dizer. O casal foi hospitalizado e tratado. Os dois se recuperaram fisicamente. O episódio ocorreu três meses antes da consulta, para a qual foi impelida pelos filhos, alarmados com as mudanças profundas do comportamento da mãe. Antes uma dona de casa casada e feliz, Gabriela sentia, agora, que o episódio violento tinha estabelecido um "antes" e um "depois" na sua vida. Sentia que era impossível voltar à vida que tinha antes. Depois do ataque, ocorrido em um lugar relativamente perto da sua casa, passou a ficar reclusa. Cercou a casa e o jardim com cercas de ferro e passou a viver atrás de portas fechadas, recusando-se até a ir ao jardim que cultivava, antes, com o maior cuidado. Ficava ensimesmada, deitada numa poltrona, não respondendo aos telefonemas, e só ocasionalmente fazia alguma tarefa doméstica. Quando via televisão, fazia-o sem prestar realmente atenção, não conseguindo tolerar qualquer programa de mínima violência. Na entrevista, vi uma mulher angustiada, deprimida, que não queria falar, às vezes chorava, e que declarou que os assaltantes deveriam tê-la matado, porque, de fato, sua vida tinha sido transformada num inferno e não valia mais a pena viver. Mesmo assim, com o transcorrer da entrevista, ela começou a se sentir mais livre e conseguiu descrever justamente como era esse inferno que experimentava. Vivia assustada, o tempo todo temendo reencontrar os indivíduos que a machucaram tanto; uma vez que eles a roubaram e conheciam todos os seus dados, seria fácil encontrá-la de novo. Também era atormentada por *flashbacks* do incidente. Às vezes encontrava algum alívio temporário numa atividade manual, mas de repente as imagens a invadiam. Tinha até gritado, quando sozinha, como se se aliviasse do episódio original. Quando conseguia cair no sono, tinha pesadelos em que o episódio ou parte dele se repetia, ou, ainda, experimentava estar em situações de ameaça psicológica e física, acordando, de repente, suada, gritando. Tinha pensado em se matar, ainda que isso não tivesse tomado nenhuma forma precisa. Na entrevista, repetiu várias vezes, em voz baixa: "Seria melhor estar morta".

Caso 3

Esta era uma mulher de 41 anos. Tinha saído do carro para abrir a porta da frente de casa, quando foi abordada por um estranho que pôs uma arma na sua cabeça, ameaçando-a de morte e dizendo que ia violentá-la. Depois de lutarem um pouco, ela conseguiu escapar e entrar em casa, aterrorizada, com ferimentos leves. Nos dias seguintes, teve ataques de ansiedade, acompanhados por *flashbacks* em que a cena traumática se repetia. Começou a se sentir fisicamente mal, com tontura, náuseas e acessos de quase-desmaios. Outras perturbações marcantes, durante um tempo, eram o esquecimento de acontecimentos significativos do dia e acordar, de repente, de pesadelos em que se reproduzia o episódio ou alguma outra situação ameaçadora. Não houve nenhuma perturbação no seu trabalho ou na vida intelectual. Estes sintomas continuaram durante os três meses seguintes, acompanhados de fobias, especialmente agorafobia e evitação de cenas violentas na televisão. A paciente foi medicada inicialmente, mas tendo persistido os sintomas clínicos, começou tratamento psicanalítico. Os sintomas mais evidentes desapareceram pouco depois; as fobias persistiram por um período maior. Em análise, evidenciou-se um conflito fundamentalmente neurótico. Ela se lembrou

de duas situações traumáticas de abuso físico na infância e teve que trabalhar seus sentimentos de vulnerabilidade e de ansiedade diante da morte e da passagem do tempo.

Estas três vinhetas clínicas ilustram bem o ponto que levantei antes: no primeiro caso, o paciente reagiu a uma situação de estresse profundo por meio de uma desorganização psicótica aguda. No segundo, considerando a situação traumática, o material clínico cai na série da depressão. No terceiro, o material se encontra na região da neurose. Assim, temos um leque que vai da psicose à neurose, o que o *Textbook of psychiatry* (Hales et al., 1999) denomina de espectro do trauma. Não se poderia supor o que chamei de *espectro psicopatológico*?

Gostaria de retornar, agora, ao arcaico. Aqueles defeitos primários na estrutura psíquica, os remanescentes que não tinham sido elaborados nem se tornado história como marcas iniciais, seriam fatores de predisposição para desencadear uma doença futura no curso dos acontecimentos da vida. Existe um leque, *desde a suposta normalidade até as mais sérias formas de doença mental*. Se adotarmos este modo de ver, correremos o risco de *perder* algum detalhe nosográfico, mas, por outro lado, *ganharemos* um potencial ampliado de entendimento, e, assim, estaremos mais bem situados para auxiliar nossos pacientes. Esta tentativa não é de diferenciar entidades. Antes, é uma tentativa de destacar a lista ampla de um espectro em que não se pode dispensar a individualidade e a história pessoal.

Parte III – Uma tentativa de diálogo interdisciplinar

A sistematização do conhecimento não pode se dar em compartimentos herméticos
(Whitehead, citado por Biebel, 1999)

Começarei com a citação de um artigo de autoria de Biebel sobre psicanálise e ciência:

... a interação entre psicanálise e outras disciplinas e profissões, como biologia, etologia, lingüística, semiótica, sociologia, ética, psicologia cognitiva, poética, retórica e neurociência, encontra-se em um momento de fértil possibilidade comunicativa, mas para que isto se torne realidade precisamos trabalhar nos fatores que aproximam os conceitos, nas estratégias cognitivas, nas modalidades de pensamento, e atenuar os problemas na comunicação, problemas não pertencentes apenas a uma ordem teórica, mas são também de ordens sociológica, psicossocial e biológica. (1999)

Uma abordagem seria: “Bem, acredito que a psicanálise seja isto ou aquilo” – uma coisa que nós, psicanalistas, sempre fazemos e que freqüentemente se ouve em discussões, sendo um preâmbulo para tomar posições irreconciliáveis e de mal-entendidos subsequentes. A discussão é interrompida antes de começar, de acordo com uma definição baseada num critério específico, relativo ao que é, ou não, psicanálise, mesmo entre os que dizem praticá-la (Biebel, 1999). Para testar se é importante para a psicanálise o exame do conhecimento da neurociência, da psiquiatria e da ciência cognitiva, precisamos primeiro estar cientes do trabalho que está sendo feito e depois ser capazes de transferir o discurso destas disciplinas para o domínio que nos diz respeito, aceitando que nem todos os psicanalistas estarão interessados em tais aproximações.

Kandel afirma que, como decorrência de não ter desenvolvido métodos de testar as idéias importantes que formulara, a psicanálise entrou no século XXI com sua influência em declínio, o que ele lamenta, “visto que a psicanálise ainda representa a visão da mente mais coerente e satisfatória, em termos intelectuais” (1999, p. 505). De sua parte, Panksepp defende que:

Deveríamos, agora, procurar uma nova conciliação ... entre as muitas disciplinas que estão buscando honestamente revelar as camadas mais profundas da natureza humana. Deveria haver um papel científico maior, em tais empreendimentos, para as abordagens psicanalíti-

cas, uma vez que as correntes mentais correm mais profundamente e em padrões mais complexos do que qualquer uma de nossas metodologias pode investigar adequadamente. (1999, p. 35)

Baseado nas considerações precedentes, tentarei me aproximar de um diálogo entre psicanálise, psiquiatria, biologia e neurociência, tomando como *ponte* a idéia de *trauma psíquico* e estabelecendo uma ligação com o transtorno de estresse pós-traumático. A partir do ponto de vista dos critérios de diagnóstico e clínicos, e seguindo as definições simples de sintomas, acredito que uma visão ampla nos capacite correlacionar as idéias de transtorno de estresse pós-traumático com o conceito de neurose de guerra ou de neurose traumática, a que Freud aludiu em "Além do princípio do prazer" (1920). No começo do século XX, a influência importante da psicanálise, especialmente nos EUA, levou os clínicos a rotular esta perturbação como neurose traumática.

Avanços quanto à memória, à emoção e à idéia psicanalítica de trauma

O ponto mais forte, e que discutirei, é constituído de considerações úteis sobre estresse e das descobertas atuais a respeito de estruturas encefálicas, que estão ligadas à emoção e à memória. Os psicanalistas não podem deixar de se surpreender com as contribuições feitas, neste campo, pela neurofisiologia, pela psiconeuroendocrinologia (Yehuda, 1998), pela psiconeuroimunologia (Dantzer e Mormede, 1995), pela neuroanatomia e pela neuropsicologia. Para o diálogo presente, porém, as descobertas recentes mais úteis vêm da neurociência, a respeito das estruturas encefálicas, relacionando trauma e estresse com emoção e memória. A inter-relação de fatores como o funcionamento do sistema nervoso autônomo, a regulação cerebral e extracerebral das secreções internas, sua ação nas áreas cerebrais específicas que *envolvem fundamentalmente* os circuitos límbicos (amígdala e hipocampo), o sistema cortical órbito-frontal, o hipotálamo e o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal e, da mesma forma, as descobertas na neuroanatomia e neurofisiologia evidenciam os progressos feitos nesse campo.

Com relação a essa pesquisa, em que o funcionamento e o processamento da memória e da emoção ocupam um lugar importante e relevante, volto-me para o pensamento psicanalítico recente encontrado na literatura psicanalítica. Começo com os conceitos de Pally (1998), em "Emotional processing: The mind-body connection" e com *Recovered memories of abuse*, editado por Sandler et al. (1997), em que são discutidas questões fundamentais concernentes ao conhecimento científico atual acerca dos mecanismos da memória, ambos os artigos de editores, artigos apresentados num congresso (na University College, Londres, junho de 1994) a respeito da validade das lembranças recuperadas sobre abuso. Esse congresso reuniu psicanalistas, psiquiatras de crianças, psicólogos cognitivistas especializados em memória, psiquiatras forenses, alunos de relações iniciais de pais-filhos e pesquisadores em neuropsicologia, focalizando os conceitos psicanalíticos-chave como repressão, trauma psíquico arcaico, amnésia infantil, a idéia de inconsciente, de verdade histórica e de fantasia inconsciente, cisão e negação etc.

Quanto à memória, um eixo fundamental desta questão, vale a pena observar que existem vários sistemas diferentes de memória, como indica a excelente revisão de Davis (2001). Davis relata uma pesquisa recente, descrevendo a memória em termos de sistemas múltiplos e separados, lançando luz sobre uma diferença pertinente ao trabalho analítico, a saber, a diferença entre memória declarativa e memória não-declarativa ou procedural. Estes sistemas diferem em suas estruturas neurológicas subjacentes, nos princípios operacionais e no tipo de informação que processam. As formas de memória que denominamos de declarativa são representadas por um sistema que primeiro processa as lembranças ou as codifica, depois as armazena numa forma acessível para uso futuro e, finalmente, recupera-as sob demanda, através de um processamento verbal, de modo mais ou menos detalhado. Em contraste, Davis usa o termo "memória procedural" para se referir às memórias não-declarativas.

Na medida em que é verdade que estes dois conceitos, em sentido estrito, não podem ser sobrepostos, atualmente, não há dúvida de que há uma diferença nítida entre o que pode ser pensado, representado em imagens ou expresso em palavras e o que é inscrito em termos de comportamentos carregados de afeto ou esquemas afeto-motor.

O que interessa aos psicanalistas, da discussão precedente, é a maneira pela qual as ligações se tornam inscritas, em especial as reações afetivas automáticas que um bebê pode ter na sua relação com o outro significativo: estas estão relacionadas com experiências emocionais "aprendidas" através das experiências repetidas e precoces acumuladas com o tempo, no curso da vida. Pode ser este o sentido em que Davis (2001) introduz conceitos de Stern et al. (1988, p. 903) relativos ao "conhecimento relacional implícito". Eles se referem especificamente à influência que a memória implícita ou não-declarativa exerce sobre "as maneiras de ser com os outros" características de cada indivíduo e até de se relacionar consigo mesmo; elas surgem na primeira infância, ficando mais maduras e complexas à medida que o cérebro se desenvolve e o controle da intersubjetividade se expande. Estas formas psíquicas de ser também são inconscientes e, como Davis afirma, "operam fora da percepção do indivíduo, mas não são reprimidas ou dinamicamente inconscientes" (2001, p. 449). Em outras palavras, não podem ser *declaradas* explicitamente.

Em contraste, as chamadas memórias procedurais, consideradas atualmente uma área pronta para investigação, são muito importantes, porque podem ser os repositórios das *formas de traumas iniciais que não são receptivos à recordação verbal*. As memórias procedurais, não-declarativas, características ou básicas, são especificamente notáveis por serem impossíveis de se lembrar. Nenhuma experiência consciente da memória é possível, apesar de ser demonstrável que as experiências passadas estão lá retidas. Deste modo, pode haver uma forma inconsciente que não decorre da repressão de um afeto, mas que é, como muitos autores sugerem (conforme Westen, 1999), organizada em forma de procedimentos automatizados de como se relacionar com o outro e com o mundo, inscritos como memória procedural. As lembranças aparecem como se fossem descontextualizadas, dissociadas ou cindidas, no sentido de que permanecem intactas, mas não elaboradas, apesar de influenciarem tanto a disposição emocional como o comportamento. Assim, a evidência sugere que as memórias procedurais de uma idade muito tenra tendem a persistir nas formas de *padrões de comportamento* destinados a serem repetidos depois, na vida, e que se manifestam na relação do paciente com o analista, na transferência.

Isto porque, no curso do tratamento analítico, essas lembranças não são recuperadas como lembranças declarativas, nem podem ser decodificadas a partir da narrativa do paciente; aparecem apenas como atuação, no relacionamento, ou encenação. Isso não tem nada a ver com a lembrança reprimida pela censura, mas com alguma coisa que existe na forma de procedimentos sobre como estar com, e reagir ao outro. Conseqüentemente, é possível inferir, com alto grau de probabilidade, que as crianças podem armazenar muita experiência que, posteriormente, são incapazes de evocar. O que vale a pena observar, aqui, é que o trauma arcaico pode alterar o funcionamento normal do sistema mnêmico.

Fonagy cita a opinião de Allen de que "a memória implícita pode ter um papel-chave na mediação dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático" (Fonagy, 1997, p. 187). Ele cita a evidência psicológica que apóia este argumento e sugere que partes relativamente primitivas do sistema nervoso, como a amígdala e o hipocampo, podem estar envolvidas na mediação das lembranças dessas experiências. Nesse modelo, as lembranças traumáticas voltariam principalmente através do sistema sensorial, na forma de sensações cinestésicas, cheiros, gostos ou imagens visuais, descontextualizadas e sem qualquer significado visível. As propriedades relativamente simples deste sistema mnêmico sugerem que as inscrições (o que é armazenado) retornam do mesmo modo pelo qual foram codificadas (isto é, o que foi cheirado retorna como cheiro etc.). Isto traz à mente as palavras de Botella e Botella:

... se há lembrança, na neurose traumática, ela só pode ser concebida como "lembrança sensorial ou traços perceptivos", que não adquiriram *status* de representação de traços mnêmicos. O mesmo ocorre com os traumas infantis, que não podem ser integrados na rede de representações da neurose infantil. (1997, p. 26)

De acordo com Allen (1995), o retorno da lembrança é acompanhado de reações emocionais intensas (medo e fúria), bem como por imagens (*flashbacks* e pesadelos), nos que sofreram experiências muito traumáticas.

Pally (1998) concorda com algumas destas idéias, fundamentalmente com relação às reações emocionais. Em seu artigo "Emotional processing: The mind-body connection", ela tenta lançar uma luz nos circuitos da emoção, na mente, e tenta mostrar como estes circuitos são aplicados a uma ampla variedade de questões clínicas relevantes: ansiedade, condições psicossomáticas e até apego e comunicação não-verbal. Com relação às estruturas cerebrais envolvidas, Pally observa que, além de seu papel na memória, o hipocampo também regula o despertar emocional: "parece mais provável que o que é considerado 'afeto' pelos analistas não seja somente um estado mental, mas um estado psicobiológico complexo" (p. 352). A amígdala e o córtex pré-frontal também desempenham papéis importantes. Pally sugere que a amígdala também é, bem provavelmente, o centro da ansiedade humana. Ela observa que o hipocampo pode ser alterado ou até danificado, durante o estresse, enquanto a atividade da amígdala pode aumentar. As células do hipocampo podem mostrar uma atividade diminuída e até ficarem atrofiadas durante o estresse, levando a perturbações na atenção e na memória.

No mesmo campo, Olds e Cooper (1997) revisam ligeiramente a pesquisa sobre o funcionamento do hipocampo e os efeitos do estresse nesta área do cérebro e avaliam a importância desta informação para os analistas, que são capazes de entender melhor o papel que os *construtos* desempenham nos processos que podem nunca vir a ser representados, justamente porque a memória operava sob trauma e estresse. O hipocampo humano é imaturo nos dois primeiros anos de vida, ao passo que a amígdala está totalmente desenvolvida. Certos pesquisadores sugerem que, como consequência, quando o estresse grave resulta em lesão no hipocampo, em um adulto, podem vir à tona temores infantis muito arcaicos, que foram retidos na memória emocional dos circuitos da amígdala.

Retornando ao artigo de Fonagy, lemos:

... os conceitos de Bowlby (1973) relativos aos modelos de funcionamento interno do *apego*, construídos na base das expectativas de comportamento do cuidador e que se acredita que organizam o comportamento do indivíduo em todas as relações significativas, poderiam ser considerados exemplo de memória implícita. (1997, p. 187-9)

De acordo com Kandel (1999), o trabalho de Anna Freud e Harlow foi ampliado por Bowlby, que começou a pensar sobre a interação do bebê com os cuidadores em termos biológicos.

Concluindo a discussão sobre este aspecto da memória, é interessante observar sua relação com o conceito de cisão; porque há um acordo com certos conceitos apresentados na Parte I, acima, tendo em vista o corpo de evidências considerável, relacionando a cisão com o trauma. Em sua discussão do artigo de L. Weiskrantz "Memories of abuse or the abuse of memories" (apresentado no congresso, em Londres, em 1994, acima mencionado), Judith Trowell, uma psicanalista de crianças e adolescentes, comenta que devido à intervenção dos mecanismos iniciais como cisão, projeção, identificação projetiva e negação, o que aconteceu ficou profundamente inconsciente, como uma experiência inacessível ao pensamento, como se o que foi excindido fosse encapsulado "como uma bolha negada de experiência" (1997, p. 24), que ficou não-integrada. As lembranças excindidas são descontextualizadas, no sentido de ficarem intactas, mas sem poderem ser elaboradas, influenciando tanto o comportamento como a disposição emocional. A descontextualização pode ser de importância fundamental na prevenção de uma codificação simbólica apropriada dos eventos traumáticos. Mas as lembranças dissociadas não são perdidas na consciência. Christopher Bollas (citado por Fonagy,

1997, p. 198) caracterizou-as como “pensamento não-pensado” – basicamente, o que é conhecido, mas de certa forma continua fora do pensamento.

Discussão e pensamentos finais

Depois desta tentativa de “forjar ligações”, como Solms (1998) fala, e totalmente incerto a respeito de se realmente toquei nas questões levantadas na introdução, volto-me para outra questão: a psicanálise é importante, hoje?

Na minha opinião, a psicanálise é importante de duas maneiras – como prevenção e como terapia. Como prevenção, porque pelo tratamento de nossos pacientes (onde quer que possam se encontrar no *espectro psicopatológico*, e na medida em que estamos cientes das limitações inerentes de qualquer intervenção), podemos tentar prevenir ou atenuar o aparecimento de novas formas de desorganização propiciadas pelas vicissitudes sempre mutáveis da vida. Examinando o tratamento dos transtornos adaptativos, Kaplan e Sadock sugerem que a psicoterapia individual oferece a oportunidade de explorar o significado do estressor para o paciente individual e, assim, enfrentar eventos traumáticos antigos. Eles comentam, então, que “depois de uma terapia bem-sucedida, os pacientes às vezes emergem mais fortes do transtorno de adaptação do que no período pré-mórbido, ainda que nenhuma patologia tenha se evidenciado durante esse período” (1998, p. 773-4). A psicanálise também pode ser psicoprofilática, através da *educação* e da *disseminação* de um conhecimento e manejo melhores das relações arcaicas que proporcionam o trauma do bebê, abrindo a possibilidade de tomar medidas junto aos pais ou mesmo ao meio em geral.

Deixei o valor terapêutico da psicanálise por último porque, além do alívio dos sintomas por meio das drogas (não se deve negar a utilidade da administração criteriosa de drogas, em certas ocasiões), acredito que a principal maneira de *dissolver a ansiedade* continua sendo a palavra falada, na medida em que ela seja usada em um referencial terapêutico apropriado e não arbitrário, pois não se trata, na verdade, de dizer qualquer coisa, ou de permitir que qualquer coisa seja dita ou de fazer qualquer coisa. A psicanálise é um processo no qual os fatos emergem de uma situação dinâmica, com um jogo constante que oscila entre realidade e fantasia, subjetividade e objetividade – e às vezes parece impossível separar o que é o que.

Maturana se refere ao processo analítico como emoldurando uma relação dialética entre fantasia e realidade e alude “aos momentos em que a identidade psicanalítica é testada, especialmente de modo bem sutil, desde o que não pode ser questionado até o evidente” (1996, p. 169). Então, ele continua:

Trauma, para um psicanalista, precisa ser o que, conforme a definição clássica, constitui um *plus* econômico além da capacidade do ego, mas acontece no mundo interno, não só no mundo real. Em uma espécie de retroatividade, as coisas não têm nenhum significado em si mesmas, mas só quando incluídas no cenário interno. (p. 169)

O que se segue é que esta capacidade de “ler” o que é narrado, com uma atitude diferente, é muito mais difícil de manter quando os sintomas que o sujeito apresenta resultam de *um evento que é objetivo e indubitavelmente traumático* – e é justamente quanto a este ponto que a postura psicanalítica precisa ser mantida, de maneira que possamos “ouvir” o que quer que seja significativo para o paciente, sem sermos guiados somente por considerações relativas à realidade externa.

Quando os fatos objetivos são tão dramáticos que tentam nos levar para longe da nossa postura analítica, nossa capacidade de resistir à tentação é testada quanto aos seus limites. Se tivermos sucesso, fica possível dotar o paciente de subjetividade, de modo que ele possa ter um ponto de vista absolutamente pessoal acerca de sua vida, acima e/ou além *do que realmente aconteceu*. Mas paciente e analista não precisam se isolar em uma “ilha”, onde a única coisa que conta são suas próprias realidades subjetivas. A afirmação sobre a qual falei antes só será válida se mantiver um equilíbrio,

sustentar a atitude analítica, sem descontar totalmente a realidade externa. Desta forma, o encontro analítico pode ocorrer, levando basicamente à elaboração e estabelecendo uma história. Como dito antes, o processo tenta tornar possível que a pessoa *se inscreva* em uma história individual. A análise tornará possível “a transição das impressões precoces para testemunhos a respeito dos quais se possa fantasiar e, desse modo, transformar em história” (Uriarte de Pantazoglu, 1995, p. 271). O objetivo, então, é chegar a uma mudança psíquica pela qual “o enriquecimento, no âmbito do significado, é acrescentado ao enriquecimento que também ocorre no âmbito dos afetos, no reordenamento defensivo dos processos, bem como também nas consequências dos novos processos de identificação e desidentificação” (Schkolnik, 2001, p. 50), basicamente na reestruturação do aparelho psíquico.

Gostaria, agora, de me voltar para a aplicação destas formulações no trabalho clínico, considerado o objetivo da reestruturação mental que leva à mudança psíquica. O que os novos conceitos aqui apresentados implicam, quando aplicados ao tratamento? Baseado em um conhecimento corrente disponível sobre os diversos tipos de memória, implicam uma conceituação dos processos inconscientes para além de sua redução ao inconsciente reprimido, requerendo, também, o uso das intervenções além da interpretação clássica. A partir do ponto de vista da práxis, a questão de como as lembranças não-declarativas são mudadas constitui-se em um problema importante de técnica. Implica um profundo compromisso de ambos os participantes do cenário analítico, e um profundo envolvimento emocional por parte do analista, para poder modificar o que, como memória procedural, manifesta-se somente por meio de atuação e no sentimento que não foi reprimido.

A ênfase neste aspecto do *compromisso emocional profundo por parte do analista* não tem a intenção de aviltar conceitos importantes como neutralidade e abstinência, mas, antes, tentar repensá-los e dar-lhes um novo lugar, em um novo contexto da técnica, tão necessário atualmente. De outro modo, o analista poderia se envolver em processos não-declarativos e em atuação com o paciente e ficar seriamente limitado na sua capacidade de reconhecê-los e, assim, de analisá-los, isto é, de proporcionar ao paciente a percepção de todas as implicações que estas influências inconscientes têm na experiência e no comportamento do paciente.

Tal reformulação do projeto freudiano de tornar consciente o que era inconsciente não implica levar Freud a dizer o que ele nunca disse nem lhe atribuir alguma coisa que crie confusão conceitual (aqui, concordo com Bleichmar, 2001); em vez disso, trata-se de tentar integrar o pensamento de Freud num esquema mais amplo, que reconheça os desenvolvimentos posteriores ao seu trabalho e, especialmente, as implicações decorrentes do conhecimento contemporâneo quanto aos diversos tipos de memória – tudo visando desenvolver formas mais específicas de intervenção terapêutica. Por isso o questionamento (Bleichmar, 2001) da falsa dicotomia entre os que defendem que a interpretação é que produz mudança *versus* os que acreditam que o fator transformador é a relação terapêutica. De fato, os dois tipos de intervenção podem ser necessários, dependendo do tipo de processo inconsciente ou inscrição que está sendo abordado – memória declarativa ou memória procedural. Seria um passo adiante ter um modelo que compreendesse uma técnica coerente com ele mesmo, e trocasse uma técnica fragmentada e desarticulada, preconizando qualquer uma das inúmeras “fórmulas universais” percebidas, tais como a revivência da experiência, a recordação ou a expressão em palavras.

Considerando este projeto de mudança e reestruturação psíquicas, gostaria de acrescentar um outro ponto, relativo às descobertas recentes quanto à estrutura mnêmica. A teoria da memória, conhecida hoje pelos pesquisadores como “teoria da reconsolidação”, baseada em conceitos como “memória em estado lábil” e “memória afetivamente dependente” (Bleichmar, 2001), está, de fato, de acordo com o conceito freudiano de *après coup*: ambos descrevem a experiência atual reestruturando a experiência passada e proporcionando-lhe um significado que não existia antes e que não é um mero elemento adicional. Assim, a inter-relação dos conceitos situados em áreas adjacentes traz consequências fundamentais para a técnica. Obtemos uma conceituação mais detalhada da estrutura da mente, de diferentes tipos de memória, de relações entre pensamento, afeto e ato; e abrimos possibilidades de novos tipos de intervenção de acordo com um modelo enriquecido de como

a mente opera e como é gerada a psicopatologia. Mesmo que a aspiração seja mudar e reestruturar a mente, pode não ser possível atingir isso totalmente. Os limites existem, sempre virá à superfície um “mas” ou um “porém” – mas, então, isso não acontece só na psicanálise; também ocorre em todas as atividades da vida. Precisamos aprender a aceitar e a viver com isto.

Na psicanálise, os limites são estabelecidos por um “muro impenetrável” de entendimento dentro do sujeito que está lutando para contar a história de certos aspectos de sua existência; “seria uma questão de uma parte do trauma puro que pode ter ficado presente e impossível de assimilar, dentro dele” (Baranger et al., 1987, p. 768). Todavia, as distâncias podem ficar menores. Por exemplo, a visão psicanalítica clássica de resistência como força contrária representando um impedimento para a recordação não leva em conta outro tipo de resistência, relativo ao que não pode ser posto em palavras por não se referir ao conhecimento simbólico, mas à informação que, codificada de modo procedural, não existe na forma de representação de qualquer outra coisa. O paciente é incapaz de narrar, por alusão ou por qualquer tipo de simbolização, um item que é operacional, uma lembrança procedural da sua maneira de se relacionar, que, na análise, não pode ser recuperada como lembrança declarativa ou por meio da decodificação da narrativa, mas apenas por ser atuada na relação analítica. Isto, então, é uma resistência não só ao conteúdo temático que é recusado, mas também a um modo estabelecido de se relacionar com o outro. Isto, portanto, contraria o mito do analista neutro como mero leitor do inconsciente do paciente. Em vez disso, a relação terapêutica é entendida como um encontro de duas subjetividades dentro de um movimento transferencial e contratransferencial significativo.

Nada disto implica que a tradução do conhecimento atuado para palavras não seja um instrumento significativo ou não constitua um papel importante do processo terapêutico, apesar de ser importante ter em mente que a retranscrição do conhecimento relacional não-declarativo para um conhecimento simbólico é trabalhosa e nunca é totalmente conseguida (Bleichmar, 2001), uma vez que, visto que diferentes sistemas mnêmicos se influenciam por meio de muitas conexões trans-sistêmicas, sabemos agora que estas influências são necessariamente incompletas.

Como conclusão, estou ciente de que as idéias apresentadas aqui não são originais. Minha intenção foi demonstrar que se pode conseguir um entendimento melhor de uma série ampla de situações inter-humanas traumáticas, por meio da relação dos conceitos psicanalíticos com os de outros campos interdisciplinares. Hoje, o conceito de trauma ocupa uma posição especial no diálogo interdisciplinar. Também está relacionado com a idéia de estresse. Estes fatos esclarecem muitas dificuldades existentes neste campo e muitos desafios que precisam ser encontrados. O ponto é substituir uma defesa fanática da teoria freudiana – o argumento de que Freud disse tudo o que há para ser dito – por uma tentativa para reviver o interesse nos conceitos que continuam verdadeiramente importantes hoje. Este diálogo interdisciplinar enriquece e serve ao progresso da psicanálise. Os conceitos contemporâneos a respeito de fatores traumáticos e as contribuições das diversas disciplinas podem passar a ser compatíveis, permitindo um entendimento enriquecido do que Freud chamou de “séries complementares”. Neste sentido, este artigo poderia ser visto como uma comunicação preliminar sobre os tópicos de interesse da pesquisa atual, apresentando várias idéias que poderiam ser replicadas e, depois, testadas pelas diversas disciplinas.

Resumo

Atualmente, o conceito de trauma ocupa uma posição central no diálogo interdisciplinar. Usando como ponte o conceito de trauma psíquico, o autor tenta um diálogo interdisciplinar com a psiquiatria, a biologia e a neurociência. Começando pelo conceito de trauma psíquico em Freud, faz uma revisão da evolução do pensamento de Freud, correlacionando-o com as idéias de Ferenczi e dos autores psicanalíticos pós-freudianos. A partir de outro referencial, examina o estado atual da pesquisa sobre o transtorno de estresse

pós-traumático na nosografia psiquiátrica atual e tenta uma aproximação interdisciplinar com o conceito de trauma psíquico. Surgem idéias interessantes, como situação traumática, espectro do trauma e espectro psicopatológico, que permitem um entendimento melhor do conceito de trauma psíquico através da sua relação, como se fosse uma ponte, ligando uma série psicopatológica ampla que se estende da normalidade até a psicose. A perda relativa, possível e posterior, do rigor nosográfico, é mais do que compensada pelo ganho em entendimento e ampliação das possibilidades terapêuticas decorrentes. Na segunda parte do artigo, o autor tenta um diálogo com a neurociência, levando em conta os novos avanços da pesquisa atual sobre emoção e memória, tornando-as compatíveis com o conceito psicanalítico de trauma. Nesse sentido, o artigo enfatiza a importância da emoção e, crucialmente, da memória, considerada um eixo fundamental do tema explorado neste artigo. Aqui, aparece uma distinção substancial, pertinente para o trabalho analítico: memórias declarativas *versus* memórias não declarativas ou procedurais. Na conclusão, o autor argumenta que atualmente, levando em conta as implicações destas idéias atuais, relativas a diversos aspectos teóricos e técnicos, a psicanálise encontra-se em posição privilegiada, tanto no que diz respeito ao seu potencial de prevenção quanto no que diz respeito ao tratamento de pacientes, na medida em que, através do diálogo interdisciplinar, a psicanálise pode ser receptiva a e se enriquecer com as contribuições de outras disciplinas, assim como as enriquece com suas próprias contribuições.

Tradução: Maria Fernanda Marques Soares

Revisão Técnica: Haroldo Pedreira

Referências

- Acevedo de Mendilaharsu S (1988). La identidad [The identity]. *Rev Psicoanal Asoc Urug Psicoanal* 2: 317-25.
- Aduriz Ugarte S (1996). Vigencia del trauma [The prevalence of trauma]. *Rev Psicoaná1 Asoc Psicoanal Madrid*. N. Extra: 107-22.
- Allen JG (1995). The spectrum of accuracy in memories of childhood trauma. *Harvard Rev Psychiatry* 3: 84-95.
- Altmann de Litvan M (1995). Traumatismos y vulnerabilidad psíquica [Trauma and psychic vulnerability]. In: *Lo Arcaico, temporalidad e historización* [The archaic, temporality and historicity]. Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay, p. 275-85.
- Balint M (1969). Trauma and object relationship. *Int J Psychoanal* 50: 429-35.
- Baranger M, Baranger W, Mom JM (1987). El trauma psíquico infantil, de nosotros a Freud. Trauma puro, retroactividad y reconstrucción [Infantile psychic trauma, from us to Freud. Pure trauma, retroactivity and reconstruction]. *Rev Psicoaná1 Asoc Psicoanal Argent* 44: 745-74.
- Benyakar M (1998). Neurosis traumática o vivencia y vivencia y vivencia traumática. Reflexiones teórico-clínicas [Traumatic neuroses or experience, and experience and traumatic experience. Theoretical-clinical reflections]. *La peste de Tebas* 2: 21-3.
- Bernardi R (1988). Vulnerabilidad, desamparo psicosocial y desvalimiento psíquico en la edad adulta [Vulnerability, psychosocial abandonment and psychic defencelessness in adulthood]. *Rev Urug Psicoaná1* 67: 19-31.
- Biebel D (1999). Psicoanálisis y ciencia [Psychoanalysis and science]. *Aperturas Psicoanalíticas Hacia Modelos Integradores Revista Internacional de Psicoanálisis* (2). Available from: <http://www.aperturas.org>
- Bion WR (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Mexico DF: Paidós, 1987. (English original: *Learning from experience*. London: Heinemann Medical, 111p).
- Bleichmar H (2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesos inconscientes [Therapeutic change in the light of the current knowledge on memory and multiple unconscious processes]. *Apertura Psicoanalítica Hacia Modelos Integradores Revista Internacional de Psicoanálisis* (9). Available from: <http://www.aperturas.org>
- Botella C, Botella S (1977). Neurosis traumática y coherencia psíquica [Traumatic neuroses and psychic coherence]. *Zona Erógena* 34: 26-9.
- Casas de Pereda M (1996). *El trauma y el inconsciente* [Trauma and the unconscious]. Rosario: Asociación de Psicoanálisis de Rosario.
- Dantzer R, Mormede P (1995). Psychoneuroimmunology of stress. In: Leonard B, Miller K, editors. *Stress, the immune*

- system and psychiatry. London: John Wiley and Sons, p. 47-67.
- Davis JT (2001). Revising psychoanalytic interpretations of the past: An examination of declarative and non-declarative memory process. *Int J Psychoanal* 82: 449-62.
- DSM-IV (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995. (English original: *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders*. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994, 886p).
- Eizirik CL (2000). Realidad y fantasía en el psicoanálisis contemporáneo [Reality and fantasy in contemporary psychoanalysis]. *Rev Psicoanal Asoc Psicoanal Argent* 52: 51-6.
- Ferenczi S (1949). Confusion of the tongues between the adults and the child (The language of tenderness and passion). *Int J Psychoanal* 30: 225-30.
- Fonagy P (1997). Perspectives on the recovered memories debate. In: Sandler J, Fonagy P, Baddeley A, editors. *Recovered memories of abuse. Monograph series of the Psychoanalysis Unit, UCL and Anna Freud Centre*. London: Karnac Books, p. 183-216.
- Freud S (1893-5). Studies on hysteria, SE 1, 3.
- Freud S (1917). Introductory lectures (Part 1/1). SE 16, p. 243-463.
- Freud S (1920). Beyond the pleasure principle. SE 18.
- Freud S (1926 [1925]). Inhibition, symptoms and anxiety. SE 20.
- Freud S (1938). An outline of psycho-analysis. SE 23, p. 141-207.
- Freud S (1939). Moses and monotheism. SE 23.
- Gabbard GO (2000). *Psiquiatria psicodinámica en la práctica clínica*. Madrid: Medica Panamericana, 2002. (English original: *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington D.C.: American Psychiatric Press, 2000. 505p)
- García Reynoso G (1992). El trauma psíquico de las transformaciones sociales; algunas consecuencias psíquicas [Psychic trauma from social transformations; some psychical consequences] *Zona Erógena* 11: 4-6.
- Green A (1979). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu, 1999. (French original: *Narcisisme de vie, narcisisme de mort*. Paris: Minuit) (English original: *Life narcissism, death narcissism*. London: Free Association Press, 2001. 262p).
- Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, editors (1999). *American Psychiatric Press textbook of psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1762 p. [*Tratado de psiquiatria*. Barcelona: Masson (2000)].
- Hollander E, Simeon D, Gorman J (1999). Anxiety disorders. In: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, editors. *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry*. Washington D.C.: The American Psychiatric Press, 1999, 1762p.
- Kandel ER (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 156: 505-24.
- Kaplan H, Sadock B (1998). *Sinopsis de psiquiatria, ciencias de la conducta, psiquiatria clinica*. Madrid: Medica panamericana, 2000 (English original: *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioural sciences, clinical psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins. 1401p).
- Khan MMR (1963). The concept of cumulative trauma. *Psychoanal Study Child* 18: 286-306.
- Laplanche J, Pontalis JB (1973). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor, 1971. (English version: *The language of psychoanalysis*. Lagache D, translator. London: The Hogarth Press. 510p.).
- Lichtmann A (2000). Trauma, compulsion a repetir y significación [Trauma, repetition compulsion and meaning]. *Rev Psicoanal Asoc Psicoanal Argent* 57: 187-201.
- Maturana JM (1996). Trauma real y trauma psicoanalítico [Actual trauma and psychoanalytic trauma]. *Rev Psicoanal Asoc Psicoanal Madrid*. N. Extra: 169-74.
- Muñoz ML (1996). Entre el trauma y los síntomas, la realidad psíquica [Trauma, symptoms and psychic reality in between]. *Rev Psicoanal Asoc Psicoanal Madrid*. N. Extra: 61-92.
- Olds D, Cooper AM (1997). Dialogue with other sciences: Opportunities for mutual gain [Guest editorial]. *Int J Psychoanal* 78: 219-25.
- Pally R (1998). Emotional processing: The mind-body connection. *Int J Psychoanal* 79: 349-62.
- Panksepp J (1999). Emotions as viewed by psychoanalysis and neuroscience: An exercise in consilience. *Neuro-Psychoanalysis* 1: 15-37.
- Sandler J, Fonagy P, Baddeley A, editors (1997). *Recovered memories of abuse: True or false. Monograph series of the Psychoanalysis Unit, UCL & Anna Freud Centre*. London: Karnac Books. 250p.
- Schklonik F (1995). Lo arcaico en la neurosis [The archaic in neuroses]. In: *Lo arcaico, temporalidad e historización* [The archaic, temporality and historicity]. Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay, p. 309-14.
- Schklonik F (2001). Los fenómenos residuales y la represión originaria [Residual phenomena and original repression]. *Rev Urug Psicoanal* 94: 48-58.

- Solms M (1998). Preliminaries for an integration of psychoanalysis and neuroscience. *Br Psychoanal Soc Bull* 34: 23-39.
- Stern DN, Sander L, Nahum J, Harrison A, Lyons-Ruth K, Morgan A, et al. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation. *Int J Psychoanal* 79: 903-21.
- Trowell J (1997). Discussion on the paper of Weiskrantz L "Memories of abuse or abuse of memories". In: Sandler J, Fonagy P, Baddeley A, editors. *Recovered memories of abuse: True or false?* London: Karnac Books, p. 22-5.
- Uriarte de Pantazoglu C (1991). Traumatismos precoces; cicatrices y lagunas dentro de lo psíquico. [Precocious trauma; scars and lagoons within the psychic]. *Rev Urug Psicoanal* 74: 147-60.
- Uriarte de Pantazoglu C (1995). Las impresiones de infancia y su historización [Infancy impressions and their historicity]. In: *Lo arcaico, temporalidad e historización* [The archaic, temporality and historicity]. Montevideo: Asociación Psicoanalítica Uruguaya, p. 267-73.
- Westen D (1999). The scientific status of unconscious processes: Is Freud really dead? *J Am Psychoanal Assoc* 47: 1061-106.
- Yehuda R (1998). Psychoneuroendocrinology of post traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am* 21: 359-79.

Juan Carlos Tutté
Colombes 1485
11400 Montevideo, Uruguay
maltut@adinet.com.uy